

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1963

THÈSE

N° 997

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Jean, Maurice DACHARY

né le 20 juin 1936 à POITIERS (Vienne)

Présentée et soutenue publiquement le 1969

REFLEXIONS SUR LA LOBOTOMIE PREFRONTALE

Etude des résultats thérapeutiques après 14 ans d'expérience
dans un service psychiatrique.

Président :

Mr. DAVID,

Professeur

EDITIONS A.G.E.M.P. - 8 RUE DANTE - PARIS V°

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1963

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Jean, Maurice DACHARY

né le 20 juin 1936 à POITIERS (Vienne)

Présentée et soutenue publiquement le

REFLEXIONS SUR LA LOBOTOMIE PREFRONTALE

Etude des résultats thérapeutiques après 14 ans d'expérience
dans un service psychiatrique.



Président :

Mr. DAVID,

Professeur

EDITIONS A.G.E.M.P. - 8 RUE DANTE - PARIS V°

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Mouquin (M.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN Léon BINET.
Membre de l'Institut

1^{er} ASSESSEUR Gaston CORDIER
2^e ASSESSEUR Paul CASTAIGNE

I. — PROFESSEURS

1^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	{ JAYLE (M.-F.) SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOLLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-G.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	N...
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	{ BINET (L.) BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	{ DOGNON (A.) DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	{ DESGREZ (P.) POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Pharmacologie	LÉVY (M ^{lle} J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIÉ (P.)
Cliniques chirurgicales	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	LEGER (L.)
	ABOULKER (P.)
	PATEL (J.)
	CORDIER (G.)
	GOSSET (J.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	SICARD (A.)
	OLIVIER (Cl.)
	FÈVRE (M.)
	MERLE d'ALLAUBIGNÉ (R.)
	GAUDART d'AUBAINES (F. de)
	MATHEY (J.)
Clinique de chirurgie orthopédique et traumatologique (Cochin)	DECOURT (J.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	LAMY (M.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	HUGUIER (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DEGOS (R.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique gynécologique (Broca)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DELAY (J.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	CASTAIGNE (P.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	MILLIEZ (P.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	LENÈGRE (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Cliniques médicales	BROUET (G.)
	BARIÉTY (M.)
	SÈZE (S. de)
	DREYFUS (G.)
	KOURILSKY (R.)
	DEBRAY (C.)
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	GENNES (L. de)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	DEROT (M.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DAVID (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	GARCIN (R.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales	MERGER (R.)
	VARANGOT (J.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	RECARD (G.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	AUBRY (M.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	MARIE (J.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	BERNARD (E.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laennec)	MICHAUX (L.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	COSTE (F.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	DECHAUME (M.)
Clinique stomatologique (Pitié)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	LEMAIRE (A.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	GAULTIER (M.)
Clinique toxicologique	PADOVANI (P.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique	DOMART (A.)
Sémiologie médicale	POILLEUX (F.)
Sémiologie et clinique chirurgicales	GOUELAIRE (R.)
Clinique urologique (Necker)	TURPIN (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	{ BOUR (H.)
	{ LHERMITTE (F.)
	{ PEQUIGNOT (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAÎTRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

MM.

Anatomie	CABROL (C.)
	COUINAUD (C.)
	GILLOT (C.)
	OLIVIER (G.)
	pr. s. ch.
Anatomie pathologique	Gauthier-Villars (M ^{me} P.)
	pr. s. ch.
	ABELANET (R.)
	CHOMETTE (G.)
	GOUYGOU (Ch.), m. conf.
	NEZELOFF (Ch.)
Anesthésiologie	ORCEL (L.)
	PAILLAS (J.)
Bactériologie	KERN (E.)
	VOURC'H (G.)
	BARBIER (P.)
	pr. s. ch.
Biochimie médicale	CHRISTOL (D.)
	LE MINOR (L.)
	TOURNIER (P.)
	Baillieu Et. m. conf.
Biologie appliquée à l'Éducation Physique et aux Sports	BOURILLON (R.)
	CARTIER (P.)
	DREYFUS (J.-Cl.)
	GONNARD (P.)
	KRUH (J.)
	JEROME (H.)
Carcinologie	PLAS (F.)
	BOIRON (M.)
	DENOIX (P.)
	MATHE (G.)
Dermato-Syphiligraphie	SELIGMANN (M.)
	CIVATTE (J.)
	DUPERRAT (B.)
Electro-Radiologie	LEDoux-LEBARD (G.)
	BESSIS (M.)
	BILSKI-PASQUIER (G.)
	DAUSSET (J.)
Hématologie	DUHAMEL (G.)
	COUJARD (R.), pr. s. ch.
	MAROIS (M.)
Histologie	RACADOT (J.)
	BESANÇON (F.)
	CORNET (A.)
Hydrologie	
	BOYER (J.) pr. s. ch.
	BLANCHER (G.)
	CORRE-HURST (M ^{me} L.)
Hygiène	SAPIN-JALOUSTRE (H.)
	BASTIN (R.) Pr. s. ch.
	DUPONT (V.)
Maladies infectieuses	
	FOURNIER (E.)
	GUENIOT (M.)
	HADENGUE (A.)
Médecine légale	
	ALBAHARY (C.)
	PERTUISSET (B.)
Médecine du travail	LAPRESLE (J.)
	GRANJON (A.)
	HERVET (E.)
Neuro-chirurgie	LE LORIER (G.)
	LEVY (J.)
	MORIN (P.)
	MUSSET (R.)
Neurologie	ROBEY (M.)
	SENEZE (J.)
	SUREAU (G.)
	THOYER-ROZAT (J.)
Obstétrique	BRÉGEAT (P.)
	DUBOIS (A.)
	SARAUX (H.)
Ophtalmologie	

MM.

Orthopédie	JUDET (R.)
	MEARY (R.)
	POSTEL (M.)
	RAMADIER (J.)
Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.)
	PIALOUX (P.)
Parasitologie	GOLVAN (Y.)
	LAPIERRE (J.)
Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.)
	BINET (J.-P.)
	GERBONNET (G.)
	CHATELIN (G.-L.)
	DUBOST (Ch.)
	DUBOST (Cl.)
	FAUREL (J.)
	FLABEAU (F.)
	GARBAY (M.)
	GARNIER (H.)
	(Cl. de) GAUDART-d'ALLAINES
	GERMAIN (A.)
	LATASTE (J.)
	LOYGUE (J.)
	MERCADIER (M.)
	NATALI (J.)
Pathologie exotique	PELLERIN (D.)
	PERROTIN (J.)
	ROBERT (H.)
	THOMERET (G.)
Pathologie expérimentale	SCHNEIDER (J.)
	BENHAMOU (J.-P.)
	BERTHAUX (P.)
Pathologie médicale	BOIVIN (P.)
	CROSNIER (J.)
	HARTMANN (L.)
	LØPER (J.) Pr. s. ch.
	MAURICE (J.)
	MIKOL (Cl.)
	RICHET (G.)
	AUSSANNAIRE (M.)
	BOUVIER (J.)
	BOUVRAIN (Y.)
	BRICAIRE (H.)
	BRISAUD (H.)
	BROCARD (H.)
	BUGE (A.)
	GATINAT (J.)
	CHRÉTIEN (J.)
	GOBLINTZ (B.)
	CONTAMIN (F.)
	COURY (G.)
	ÉTIENNE (J.-P.)
	FREZAL (J.)
	Fritel (D.)
	HENNEQUET (A.)
	HIMBERT (J.)
	HOUSSET (E.)
	LAROCHE (Cl.)
	LESOBRE (R.)
	LEVEQUE (B.)
	MACREZ (G.)
	MOREAU (L.)
	NICK (J.)
	ROYER (P.)
	TOURNEUR (R.)
	WOLFROMM (R.)
Pédiatrie-Puériculture	
	LAFOURCADE (J.)
	LEPERCQ (G.)
	MANDE (R.)
	NOZZICONI (P.)
	POLONOVSKI (G.)
	ROSSIER (A.)
	VIALATTE (J.)

	MM.		MM.
Pharmacologie	{ BOISSIER (J.) LECHAT (P.) BARRES (G.) DEJOURS (P.) pr. s. ch.	Psychiatrie	PICHOT (P.)
Physiologie	{ DURAND (J.) GIRARD m. conf. HUGELIN (A.) SCHERRER (J.) CHANTEUR (J.) GOUGEROT (L.), m. conf. pr. s. ch.	Psychiatrie infantile	{ DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.)
Physique médicale	{ GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.-Cl) TUBIANA (M.) m. conf.	Rhumatologie	DELBARRE (F.) pr. s. ch.
Pneumo phtisiologie	{ KREIS (B.) MEYER (A.) RENAULT (P.)	Stomatologie	{ CERNEA (P.) CHAPUT (M ^{me} A.) m. c. agr. GRELLET (M.)
		Thérapeutique	{ CHASSAGNE (P.) MARCHE (J.)
		Urologie	{ AUVERT (J.) MOULONGUET (A.) QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.		MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)	Clinique ophtalmologique	{ DESVIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique chirurgicale	VERNE (J.-M.)	Clinique pédiatrique et pué- riculture	LAPLANE (R.)
Clinique médicale	{ PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)	Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique obstétricale	{ GRASSET (J.) MAYER (M.)	Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. — CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE	{ BOLTANSKI (E.) LAUNAY (C.)
Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Secrétaire principal	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque	{ M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)
Bibliothécaire	{ Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlle LAURENT (H.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes Grands-Parents

A mes Parents,

Puissent-ils trouver dans ce modeste travail le faible témoignage de ma profonde affection et de ma vive reconnaissance.

A ma Femme,

A ma Fille,

En témoignage de ma très grande affection.

A ma Famille

A mes Amis.

A Monsieur le Professeur DAVID

Chevalier de la Légion d'Honneur

Professeur de la clinique neuro-chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris.

Neuro-chirurgien de l'Hôpital de la Pitié.

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse et dans l'oeuvre duquel nous avons largement puisé.

En témoignage de notre profonde gratitude.

A Monsieur le Docteur L. ANGLADE,

Ancien Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine,
Médecin-Chef à l'Hôpital Psychiatrique du Mans.

C'est lui qui nous a donné l'idée de ce travail. Il a facilité grandement notre tâche en nous faisant très généreusement bénéficier de sa grande expérience.

Il a toujours été pour nous un Maître extrêmement bienveillant.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre reconnaissance pour la sollicitude avec laquelle il nous a conseillé dans l'élaboration de cette thèse, à l'Hôpital Psychiatrique du Mans, où il nous a fait l'honneur de nous accueillir comme Interne.

A Monsieur le Docteur A. ADNES

Ancien Chef de Clinique à la Faculté de médecine
de Paris.

Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique du Mans.

Avec toute notre gratitude pour l'accueil si bienveillant que nous avons toujours trouvé dans son service et dont l'enseignement nous fut d'un si grand profit alors que nous étions son Interne.

Qu'il trouve ici l'expression de notre très vive reconnaissance.

A Mademoiselle le Docteur G. PLATTARD

Médecin-Chef à l'Hôpital Psychiatrique du Mans.

Qui nous a accueilli dans son service lors de notre premier contact avec la psychiatrie.

Hommage reconnaissant et respectueux.

A Monsieur le Docteur FRAILLON

Chef de Laboratoire d'Electroencéphalographie
de l'Hôpital Psychiatrique de la Sarthe.

Son esprit de recherche, ses riches enseignements nous ont aidé dans l'élaboration de cette thèse, comme dans notre enseignement quotidien.

Qu'il trouve ici l'expression de notre amicale reconnaissance.

A Monsieur le Docteur J. TALAIRACH

Neuro-chirurgien du service de stéréotaxie de l'Hôpital
Saint-Anne.

Ses travaux ont été pour nous une aide précieuse.

A Mademoiselle BENOIT

A Soeur RENEE

Au personnel du Laboratoire d'Electroencéphalographie

Dont le concours nous fut si précieux
dans l'élaboration de ce travail.

AVANT PROPOS

La lobotomie est une intervention psychochirurgicale, qui vise, en interrompant au niveau du centre ovale les connexions thalamo-préfrontales, à réaliser une modification de l'attitude du malade mental à l'égard du processus morbide dont il est atteint, et en décapitant la résonnance affective qu'il comporte, à agir à la longue sur ce processus par une laborieuse rééducation.

D'une part, après un recul de 14 ans et une expérience portant sur 107 malades, il est intéressant d'étudier la valeur et la stabilité des résultats ; d'autre part, à la suite des remarquables progrès de la chimiothérapie et des techniques occupationnelles, la psychiatrie a été si sensible aux découvertes de cette dernière décade que les données classiques sont sans cesse remises en question.

Loin des polémiques passionnées entraînées par cette intervention, nous nous interdisons, au début de cette étude, d'en défendre le principe ou de le combattre : notre seul but est d'étudier les résultats dans la rigueur mathématique de leur statistique et d'en dégager l'éventualité d'indications actuelles.

RAPPEL HISTORIQUE

Si la psychochirurgie apparaît comme la plus jeune des sciences chirurgicales, il semble toutefois qu'elle ait déjà été pratiquée dans des temps anciens.

De bas reliefs égyptiens représentent des interventions sur le cerveau, vraisemblablement essais psychirurgicaux ; TRELLES rapporte que de nombreux crânes des civilisations pré-incasque et incasque portent des traces de trépanation faites pendant la vie ; enfin certains barbiers-chirurgiens, au moyen-âge, espéraient, en extrayant une pierre hypothétique libérer certains malades de leurs troubles mentaux.

Mais il s'agit là de pratiques reposant sur des conceptions magiques ou des hypothèses hasardeuses ou sans fondement.

En fait le véritable instigateur de la psychochirurgie est le psychiatre suisse BURCKHARDT. Celui-ci pratiquait de petites résections corticales temporales, pariétales et frontales pour réduire l'agitation psycho-motrice de certains malades. Il pensait, en effet, que les centres moteurs étaient pathologiquement excités par les centres sensoriels (langage, vision, audition). Il se basait sur les expériences de GOLTZ sur l'animal, et sur la constatation de MAIRET qui avait observé une hypertrophie des lobes temporaux chez un malade atteint d'hallucinations auditives.

PUSSEP entre 1906 et 1910 reprit des tentatives chez des épileptiques caractériels et des maniaques dépressifs, mais il s'agissait de transsections unilatérales, ce qui explique peut-être la médiocrité des résultats.

Toutes ces interventions qui manquaient de bases théoriques et dont la technique était trop mal précisée, furent par la suite abandonnées.

Ce n'est qu'en 1935 que le portugais EGAS MONIS fait pratiquer ses premières interventions par le neurochirurgien Almeida LIMA.

Egas MONIZ bénéficiait alors de toutes les études expérimentales et neurochirurgicales effectuées sur le lobe frontal depuis 25 ans : il se basait en particulier sur le syndrome frontal fait de :

- troubles de l'humeur et du caractère ; euphorie, insouciance du présent et de l'avenir, indifférence de l'état morbide, parfois quelques bouffées d'irritabilité.

- troubles de l'activité : manque d'initiative plus ou moins marquée, apathie.

- troubles de l'attention, parfois amnésie de fixation.

Cet auteur pense en interrompant les projections thalamo-frontales issues du noyau dorso-médian "rompre la fixité pathologique de ces connexions".

Ces tentatives furent largement reprises à l'étranger :

En Italie par FIAMBERTI qui mit au point en 1937 sa méthode transorbitaire, puis par RIZZATI et BORGORELLO, et BOZZI et BERTAGLIA.

Aux Etats-Unis : FREEMAN et WATTS pratiquèrent un nombre considérable de lobotomies, dont ils publièrent les résultats dans leur important volume "psycho-surgery" paru en 1942.

En Angleterre, elle prit un essor encore plus grand au cours de la guerre comme le montrent les nombreuses publications de JACKSON, KNIGHT, DAX, SMITHCOOK, CROMBLE, RADLEY-SMITH, Mc KISSOCK, GOLLA, SARGENT, THORPE, REITMAN.

En Suisse GOY, en Allemagne MULLER, en Suède OLIVECRONA, GOSTA, SJOGREN, WOLFART, en Espagne ALCADE, AMAREL, ESTELLE, au Mexique PASCEL DEL RONCAL et TALCON, au Brésil YAHN et BARRETO, au Pérou TRELLES pratiquèrent également cette intervention.

En France, cette intervention resta longtemps sans écho : en 1936 quelques lobotomies furent pratiquées dans le service du Professeur CLAUDE, elles ne suscitèrent que peu d'intérêt.

C'est à partir de 1945, à la suite de BAUDOIN et PUECH, POROT, WERTHEIMER, PAILLAS, EUZIERE qu'elle prit son essor : ce ne fut d'ailleurs pas sans critiques, certains auteurs comme le Professeur BARUK "pensent que ces méthodes visent à réaliser dans l'immédiat un effet spectaculaire au détriment de l'avenir".

Au congrès de neurologie de langue française à Genève en 1953, J. LE BEAU et J. GACHES apportent leurs résultats d'ablations corticales frontales sélectives ou topectomies ; le Professeur DAVID, HECAEN, TALAIRACH, FEREY préfèrent quant à eux dans les indications purement psychiatriques les lobotomies pré-

frontales : section sélectives sous-corticales ou "undercutting".

A l'hôpital psychiatrique du Mans les premières lobotomies furent pratiquées en Mars 1949, par le Professeur DAVID et le Docteur TALAIRACH.

Depuis, 115 lobotomies ont été pratiquées toutes par la même équipe médico-chirurgicale et suivant la même méthode.

En 1953 les docteurs L. ANGLADE, J. FRAILLON, P. FESSARD publient au congrès de Neuro-chirurgie de Genève leurs premières impressions de l'action de la lobotomie sur les états délirants (présenté par M. le Professeur DAVID).

Le Docteur J. FESSARD, dans un travail publié en 1955, avait tracé le bilan au bout de 6 années.

Nous nous proposons de reprendre ce travail : les malades restés à l'hôpital ont été suivis au point de vue clinique, électro-encéphalographique et psychométrique ; quant aux malades sortis nous avons fait faire des enquêtes sociales pour préciser le bénéfice qu'elles ont pu tirer de cette intervention.

oOo

INDICATIONS DE LA LOBOTOMIE PREFRONTALE : PRINCIPAUX CRITERES

La lobotomie préfrontale apparaissant comme un acte irréversible, il importe de dégager des critères de base pour poser des indications de cette intervention.

Cette intervention étant considérée par la plupart des auteurs comme un traitement ultime, les deux premiers critères sont assurément la notion de l'évolution de la maladie mentale et l'inefficacité de toute autre thérapeutique.

Les autres critères varient suivant les auteurs, certains, bénéficiant d'une expérience importante quant au nombre d'interventions pratiquées, posent leurs indications sur des symptômes statistiquement favorables ou défavorables ; d'autres, dans l'optique d'une réadaptation, se basent sur des éléments psychiatriques plus généraux et sur des éléments sociaux.

I - NOTION DE L'EVOLUTION DES MALADIES MENTALES

La maladie mentale est quelque chose de fluctuant, le pronostic au début de la maladie est souvent très difficile, ce n'est qu'au bout de plusieurs années, à la faveur d'un diagnostic précis, et de la notion de chronicité ou de fréquence des rechutes, qu'on peut évoquer un pronostic avec certitude.

L'évolution de la maladie mentale dans un cas précis, si elle est souvent difficile à prévoir, pourra s'aider de deux facteurs importants : l'ancienneté de la maladie et un diagnostic précis.

A - Ancienneté de la maladie mentale et réversibilité

ESQUIROL et MOREL soulignaient déjà la très faible proportion de guérisons des maladies mentales au-delà de trois ans d'évolution, à une époque, il est vrai, où la notion d'irréversibilité des maladies mentales était fortement ancrée et où les possibilités thérapeutiques étaient faibles.

SCHMITT en 1904, précédé par KREUSER en 1900, insis-

tèrent dans leurs travaux, sur la réversibilité possible des maladies mentales.

Plus récemment le Professeur BARUK est revenu longuement sur ce sujet avec deux de ses élèves : ZAPHIROPOULOS et AYME.

AYME dans sa thèse (Paris 1952) apporte des statistiques basées sur l'étude des guérisons tardives enregistrées à la Maison Nationale de Charenton pendant une durée de vingt ans : 132 guérisons tardives pour des hospitalisations de 2 à 27 ans, soit un pourcentage de 11,9 % ; toutefois, comme il le précise : "leur nombre diminue au fur et à mesure que la durée de la maladie est plus longue. Après 3 ans le pourcentage est de 7,7 % ; après 5 ans de 4,6 %... pour les cas de guérisons très tardives, après 10 ans on trouve encore un pourcentage de 1,5 %".

- dans les SCHIZOPHRENIES : DESHAIES a étudié chez 80 malades la durée de la maladie : 3 à 5 ans dans 3 % des cas ; 5 à 9 ans dans 15 % ; 10 à 19 ans dans 20 % ; 20 à 29 ans dans 35 % ; 30 à 39 ans dans 17 % ; plus de 40 dans 10 % des cas. Ainsi l'évolution s'étend sur plus de 20 ans dans 62 % des cas.

En gros, il y eut 2,5 % de guérisons, 5 % d'amélioration légère, 4,5 % d'enkystement, 13 % de stabilisation, 75 % d'aggravation.

Dans l'ensemble : 10 % d'évolution plus ou moins favorable et 90 % d'évolution fâcheuse.

P. BARRES, H. EY et J. LABOUCARIE admettent des rémissions d'intérêt pratique dans 15 à 20 % des cas ; ils citent, par contre des auteurs qui n'ont constaté que 10 % de guérison après 18 mois d'évolution (HUNT), 2,9 % après deux ans (RUPP et FLECHTER).

H. BARUK et M.L. ZAPHIROPOULOS rapportent 26 % de guérisons et 17 % de rémissions dans la démence précoce représentant 50 guérisons. Mais sur ces 50 cas, 40 seulement sont rapportés : la durée de la maladie n'est que de trois mois à 1 an dans 18 cas ; de 1 à 3 ans dans 14 cas ; 8 cas seulement sont chroniques et s'échelonnent sur 5 à 16 ans. DESHAIES étudiant ces conclusions précise "il nous semble difficile -ou par trop facile- de porter le diagnostic de démence précoce sur une affection que n'a duré que trois à six mois et s'est terminée par la guérison".

Chez des malades traités DESHAIES trouve 61 % de guérison et amélioration contre 6 % chez des malades non traités : remarquons que toutefois le nombre de guérison est identique dans les 2 cas (1,5 % contre 1,2 %). Enfin le pronostic lointain s'avère assez grave puisqu'il est de 75 % d'aggravation.

- dans les DELIRES CHRONIQUES : DESHAIES répartit ainsi la durée d'évolution sur 142 cas étudiés : 10 % de 5 à 9 ans ; 34 % de 10 à 19 ans ; 42 % de 20 à 29 ans ; 11 % de 30 à 39 ans ; 3 % au-delà de 40 ans. Soit plus de vingt ans de durée dans 56 % des cas.

Les résultats s'établissent ainsi : 0,7 % de guérison ; 0,7 % de grande amélioration ; 14 % d'amélioration moyenne ; 4 % d'amélioration légère ; 10 % d'enkystement ; 58 % de stabilisation avec persistance de l'activité délirante ; 25 % d'aggravation avec accentuation ou transformation paranoïde.

Chez des malades traités, le total des guérisons et améliorations s'élève à 68 % au lieu de 7 % chez des non traités.

- dans les PSYCHOSES MANIACO-DEPRESSIVES : DESHAIES trouve 13 % de guérisons chez des malades traités contre 5 % chez des malades non traités ; le total des améliorations étant de 95 % contre 10 %.

La notion d'ancienneté de la maladie est donc un facteur important du pronostic : si des guérisons spontanées sont fréquentes dans les premières années de la maladie, elles deviennent de plus en plus rares par la suite.

B - Diagnostic précis de la maladie mentale

C'est une nécessité qui s'impose formellement ; elle demande une connaissance précise du malade, elle interdit une indication hative.

Cette connaissance profonde du malade est fondamentale à deux points de vue : elle évite des erreurs graves de pronostic, et, comme nous le verrons elle est l'un des éléments de base de la future rééducation du lobotomisé.

En psychiatrie, où chaque malade revêt un caractère particulier, où l'éventualité de la guérison dépend de la gravité de la maladie, mais aussi et surtout, des possibilités psychothérapeutiques et du cadre social dans lequel le malade va évoluer à sa sortie de l'hôpital, le diagnostic est parfois difficile et le pronostic impossible sans une connaissance précise du malade.

SEGLAS, DELMAS et DE CLERAMBAULT, ont souligné la proportion considérable d'erreurs qui se glissent dans le diagnostic entre la schizophrénie et la psychose périodique curable.

Le professeur BARUK insiste sur "le cas fréquent d'anéantissements apparents et de déchéances qui peuvent évoquer le

diagnostic de démence et qui, en réalité, ne sont que des états dépressifs atypiques qui font partie de la maladie périodique et qui peuvent brusquement disparaître complètement.

oOo

Il ne faut pas se contenter d'un examen sommaire ; cette intervention ne saurait être un moyen de facilité : fuite du médecin devant des symptômes nosologiquement mal définis ; l'indication devra au contraire n'être posée qu'après un diagnostic précis et une longue connaissance du malade.

II - INEFFICACITE DES AUTRES THERAPEUTIQUES

C'est une notion qui s'impose d'emblée, on ne voit pas, en effet, pourquoi on conseillerait à un malade guéri ou suffisamment amélioré cette intervention.

Ce n'est qu'en fonction de l'insuffisance des thérapeutiques actuelles -ce qui tend d'ailleurs à se raréfier de plus en plus- qu'on peut envisager la lobotomie préfrontale.

III - AUTRES CRITERES

Les critères sont extrêmement variables suivant les auteurs.

P.H. HOCH : ralliant par là l'opinion de la plupart des auteurs, pense que l'âge au moment de l'intervention ne semble pas être un facteur important ; sauf lorsque la maladie a débuté avant l'âge de 15 ans.

KARL recommande cette intervention chez des sujets encore capables de réactions émotives, chez ceux dont la pensée n'est pas incohérente, et dont le passé n'indique pas une personnalité psychopathique.

FREEMAN essaye de prévoir chez les malades qu'elle sera l'action de la lobotomie. D'après un travail portant sur 1.000 malades il retient :

- comme indications favorables : l'anxiété, l'affectivité labile, les obsessions, l'hypochondrie, les impulsions, les auto-violences (automutilation, suicide).

- comme indications défavorables : les hallucinations, les illusions, les propos décousus et incohérents, les violences exercées sur les personnes et les objets, l'apathie, la stupeur.

D'après FREEMAN l'humeur du sujet, quelle qu'elle soit, ne donne aucune indication pour le pronostic.

Ces données sont donc tirées de l'expérience de lobotomies déjà pratiquées et de résultats statistiques.

G. DAUMEZON pense qu'avant de poser une indication de lobotomie, nous nous devons de faire l'inventaire des éléments de pronostic de cette restauration. Les éléments sont, suivant cet auteur, de trois ordres :

1 - Somatique : un cerveau sénile, un cerveau mal ou irrégulièrement irrigué, un cerveau d'un sujet porteur d'une certaine prédisposition abiotrophique ont des chances de développer une atrophie ou un processus distinctif secondaire autour de la section.

2 - Psychiatrique : on peut établir un classement progressif de la gravité de la lobotomie selon la profondeur de l'atteinte cérébrale : du pervers au névrosé, du névrosé au psychotique, du psychotique léger au début au psychotique grave et ancien, on voit augmenter les risques de détérioration. Aussi doit-on aller le plus loin possible pour déceler la part de l'atteinte du métabolisme cérébral dans chaque cas.

3 - Social : le métabolisme cérébral étant lui-même lié aux conditions de l'exercice de l'activité cérébrale, un des éléments du pronostic et non des moindres est d'ordre social. Le cerveau d'un malade, qui, après lobotomie devra faire face à une situation vitale intolérable, a plus qu'un autre, le risque de ne pouvoir faire les frais d'une restauration.

Pour G. DAUMEZON, l'indication est le résultat ou le rejet de ce bilan, confronté aux espérances thérapeutiques.

V. et E. BENINCASA-STAGNI posent comme indications opératoires :

1 - Les cas soumis à d'autres traitements, sans succès ou avec des succès transitoires.

2 - Dans les cas de longue durée faisant craindre l'improbabilité de rémissions spontanées.

3 - Dans les cas sélectionnés surtout quant à la qualité des symptômes qui, selon l'expérience acquise, se montrent particulièrement susceptibles de modifications utiles après l'opération : excitation, impulsivité, agressivité, négativisme, stéréotypies, maniérisme, agitation, automutilation désordre des actes, malpropreté.

4 - En adoptant des techniques psychochirurgicales choisies suivant le cas et en ambiance hospitalière favorable à la psychothérapie, l'ergothérapie et le traitement neuroplégique.

oOo

Il est bien difficile de dégager des critères de base, aussi avec J. TALAIRACH, J. CONSTANT et Mme J. SAUGUET on peut dire que "la psychochirurgie doit être réservée aux affections rebelles aux autres thérapeutiques, évoluant depuis assez longtemps pour que toute possibilité de rémission spontanée soit éliminée, et suffisamment graves pour entraîner une incapacité sociale totale".

oOo

TECHNIQUES OPERATOIRES

Les techniques classiques d'Egas MONIZ d'injections multiples d'alcool absolu dans le centre ovale ou de leucotomie centrale au moyen d'une boucle tranchante sont actuellement abandonnées, la première en raison des risques d'injection dans les espaces ventriculaires et sous-arachnoïdiens, la seconde en raison des possibilités d'hémorragies.

La technique la plus largement utilisée est celle de FREEMAN et WATTS en raison de sa simplicité : cette méthode consiste à sectionner les fibres thalamo-frontales issues du noyau dorso-médian.

Cette technique nécessite une trépanation bilatérale à 2,5 cm au-dessus du plancher de l'étage antérieur. Le trou de trépan doit passer au niveau de la suture coronaire en un point situé à 6 cm au-dessus du bord supérieur de l'arcade zygomatique, et à 3 cm en arrière du bord latéral de l'orbite. Ce plan de section se fait verticalement à l'aide d'un trocart mousse, interrompant théoriquement toutes les fibres blanches situées en avant de la corne ventriculaire frontale.

Certains auteurs comme LE BEAU et GACHES ont préconisé des interventions sélectives : les psychonévroses obsessionnelles et les troubles caractériels des épileptiques qui bénéficient d'interventions portant sur les faces internes, les psychoses hallucinatoires chroniques et les délires d'interventions polaires, les schizophrènes nécessitent des interventions plus larges.

Toutes les lobotomies pratiquées chez nos malades ont été faites suivant la même technique issue de celle de FREEMAN et WATTS : toutefois le Professeur DAVID utilise comme principal repère, non pas la suture coronaire mais la corne ventriculaire (aux dimensions très variables) dont il repère avec précision la limite antérieure, se réservant d'intervenir en avant de celle-ci. Il préfère aborder le cortex à l'aide d'un trou de trépan élargi principalement dans le sens vertical de manière à pouvoir orienter avec plus de facilité le leucotome dans les mouvements verticaux, et à pouvoir contrôler avec plus de facilité l'hémostase.

APPRECIATION DES RESULTATS

Il est bien difficile d'apprécier des résultats en psychiatrie, la maladie mentale étant essentiellement évolutive. Il est pratiquement impossible de poser des critères précis pour évaluer des résultats ; aussi nous sommes nous attachés à apprécier l'amélioration sur le plan clinique, mais aussi et surtout l'allure évolutive de la maladie mentale sur plusieurs années après l'intervention et les possibilités de réadaptation sociales.

L'expérience montre qu'on ne saurait juger des résultats obtenus qu'au bout de plusieurs mois sinon plusieurs années : en effet, à côté de résultats immédiats, la plupart des auteurs soulignent des guérisons ou des améliorations obtenues progressivement et parfois tardivement.

P.H. HOCH a observé des améliorations pendant deux à trois ans après l'intervention.

KOLB conseille d'attendre cinq ans avant d'enregistrer le résultat.

J. LABOUCARIE attire l'attention sur des processus de guérison assez fréquents chez les lobotomisés : il s'agit de cas où les résultats thérapeutiques ne se manifestent que tardivement.

Certains malades dont les troubles ne subissent aucune modification apparente après l'intervention ou réapparaissent dès que la confusion post-opératoire est dissipée, mais chez lesquels les troubles psychiques finissent par disparaître pour aboutir à des améliorations ou des guérisons durables dans un délai de trois à six mois, représentent des cas évolutifs qui ne sont pas rares.

Cet auteur a même observé dans des psychoses délirantes systématisées la reprise des phénomènes morbides, dans les semaines qui suivent l'intervention, avec quelquefois reviviscence des thèmes initiaux : la rectification du délire ne se faisant qu'au bout de quelques mois.

Il souligne enfin la lente amélioration du niveau d'adaptation sociale et professionnelle commune à l'ensemble des lobotomies

qui s'étale sur les années qui suivent l'intervention.

Enfin il oppose les psychoses délirantes évoluant vers la systématisation aux psychoses à évolution dissociative : dans les premières les résultats sont souvent différés et deviennent durable dans les secondes, certains résultats immédiats favorables n'empêchent pas la réapparition des troubles et la dissociation ultérieure

YGER qui a consacré sa thèse à l'appréciation des résultats dans les lobotomies conclut ainsi :

" L'évolution des lobotomisés placés dans des conditions d'environnement favorables, peut revêtir certains aspects particuliers. Tandis que certains tirent d'emblée de grands et durables bénéfices de l'intervention, d'autres gagnent progressivement des niveaux d'intégration tels que, après un certain délai, ils ont retrouvé leur adaptation pré-morbide. D'autres enfin, présentent des rémissions différées après un long marasme post-opératoire".

Notre expérience confirme l'observation précédente, et il ne semble pas que ce soit les améliorations les plus rapides qui offrent le meilleur pronostic.

C'est qu'en effet, il faut peut-être voir dans la lobotomie une possibilité nouvelle d'intervenir dans le vécu du malade, devenu plus ou moins indifférent au contenu de son délire ou de sa charge anxieuse ; et nous ne saurions trop insister sur le rôle psychothérapeutique considérable du psychiatre chez ces malades qui apparaissent alors sensibilisés à des thérapeutiques qui restaient sans effets.

ETUDE DES MALADES LOBOTOMISES DANS LE SERVICE DEPUIS 1949.

Cette étude ne comporte que les observations des malades des pavillons femmes de l'hôpital psychiatrique du Mans. Nous reprenons ici tous les cas de malades lobotomisées depuis 1949 : c'est-à-dire que nous avons eu à notre disposition 107 dossiers.

Comme notre étude vise à étudier le comportement actuel de la malade aussi bien que son état depuis l'intervention, nous avons éliminé 11 dossiers de malades décédées depuis l'intervention (décès d'ailleurs sans rapports avec l'opération). Nous avons aussi éliminé de notre statistique, 6 observations de malades opérées en Octobre 1962, ne présentant encore que peu d'intérêt, en raison du recul insuffisant. Nous avons enfin laissé de côté 2 autres cas de malades sorties depuis plusieurs années, mais dont nous n'avons pu retrouver aucune trace.

C'est donc au total sur 88 observations de malades vivant à l'hôpital ou en dehors de l'hôpital, que nous allons faire porter notre statistique.

Sur 88 malades nous avons :

- 52 hébéphrènes : soient	58 %
- 10 paranoïdes : soient	12 %
- 13 délires chroniques : soient	15 %
- 8 syndromes mélancoliques : soient	9 %
- 4 psychonévroses : soient	5 %
- 1 déséquilibrée : soit	1 %

On voit que les schizophrènes représentent la majeure partie des malades lobotomisés (70 %) : ce chiffre important est dû au nombre considérable de schizophrènes admis dans le service, mais aussi et surtout aux résultats souvent décevants obtenus avec les traitements classiques.

I - HEBEPHRENO-CATATONIES

=====

Obs. 1 : Mlle D... Odette : 34 ans.

Hospitalisée la 1ère fois le 1er novembre 1945, elle présente un délire polymorphe avec excitation intellectuelle, incohérence et idées d'empoisonnement.

Dans le service, elle est confuse, gâteuse, refusant toute alimentation. Très discordante, il s'agit d'une malade très détériorée. Elle est hospitalisée à plusieurs reprises, son état évolue sans rémission en s'aggravant progressivement.

En résumé : hébéphrénie très évolutive.

Elle est lobotomisée le 29 octobre 1949 : les suites opératoires sont normales ; elle est calme mais indifférente ; rapidement son gâtisme disparaît, elle n'est plus discordante et ne présente plus de troubles du cours de la pensée ; elle se montre sociale et s'occupe régulièrement dans le service. Elle sort au bout de 2 mois. L'insertion dans le milieu familial n'est possible que grâce à la compréhension de ses parents. Elle a été admise plusieurs fois par la suite pour des rechutes facilement réductibles.

Actuellement : elle se montre assez difficile chez elle, prête à faire des fugues, incapable d'aucune initiative adaptée. Riant quand on lui fait des observations au cours de son travail, elle s'arrête des heures sans raison, et sans bouger.

Conclusion : amélioration appréciable du comportement, mais le réinsertion est impossible ; elle ne peut vivre en dehors, qu'en raison de la particulière compréhension de sa famille.

Obs. 2 : Mlle Rim... Jacqueline : 45 ans.

Le début de ses troubles remonte à 1941 et se caractérise par de l'instabilité, des troubles du caractère, des idées délirantes mal systématisées à thème surtout mégalomane (elle prétend qu'elle doit sauver la France).

Elle fait 9 séjours à l'hôpital avant l'intervention.

Dans le service, elle se montre indifférente, incohérente, dissociée et présente des périodes d'agitation psychomotrice avec impulsions.

Habituellement inerte, elle ne présente aucune activité. Tous les traitements classiques échouent.

En résumé : hébéphrénie d'évolution grave et ancienne.

Elle est lobotomisée le 18 juillet 1949 : les suites opératoires sont normales ; calme et docile, elle s'occupe bientôt un peu, les troubles du cours de la pensée sont moins évidents. Elle sort au bout de quelques mois. Mais elle rechute rapidement.

Actuellement : elle est toujours apathique, indifférente, inactive et présente encore des impulsions fréquentes.

Conclusion : échec complet.

Obs. 3 : Mlle C... Marie-Louise : 44 ans.

Hospitalisée la 1ère fois en septembre 1944 pour un état psychopathique atypique caractérisé par de l'anxiété, de la tristesse, des idées hypochondriaques, des troubles du cours de l'affectivité et du maniérisme, son état se détériore progressivement. Les séjours à l'hôpital se succèdent, elle devient de plus en plus indifférente, présente des périodes de mutisme avec négativisme et des accès d'agitation psychomotrice avec impulsions.

A la veille de l'intervention, il s'agit d'une malade discordante, incohérente, souvent catatonique, très détériorée, ayant fait de nombreuses tentatives de suicide dont l'une a entraîné la nécessité d'une greffe osseuse de la colonne vertébrale. Elle est enfin gâteuse.

En résumé : hébéphréno-catatonie.

Elle est lobotomisée le 29 octobre 1949 : les suites opératoires sont normales. Au bout d'un mois, elle est calme et tranquille, son catatonisme a complètement disparu ; elle répond correctement aux questions qui lui sont posées, ne présente plus de barrages et s'intéresse aux travaux qu'on lui fait faire. Elle sort très améliorée en janvier 1950. Elle rechute en 1955, mais se trouve bien améliorée à la suite d'une série de chocs ; elle n'a pas rechuté depuis avec un traitement neuroleptique peu intense.

Actuellement : il s'agit d'une malade calme à laquelle on peut confier certaines responsabilités (elle travaille d'ailleurs à la pharmacie). Plus de mutisme, d'impulsions, d'agitation psychomotrice, de discordance ou d'incohérence ; par contre manifestations hypochondriaques épisodiques. Coquette, prenant soin d'elle-même, elle a un bon niveau mental qui a pu s'extérioriser grâce à l'intervention.

Conclusion : amélioration spectaculaire et durable chez une schizophrène gravement atteinte ; toutefois, prétentieuse et exigeante, elle pose un problème difficile de réinsertion, malgré son niveau mental.

Obs. 4 : Mlle G... Marie : 36 ans.

Admise pour la 1ère fois à l'hôpital le 28 décembre 1945 pour un accès dépressif atypique évoluant sur un fonds psychasthénique avec idées d'auto-accusation et refus d'alimentation. Elle est hospitalisée plusieurs fois par la suite pour ses phobies, ses obsessions, ses idées délirantes de culpabilité. Elle devient progressivement incohérente et discordante.

En résumé : hébéphrénie évoluant sur un fonds psychasthénique atypique.

Elle est lobotomisée le 21 octobre 1949 : les suites opératoires sont normales ; les idées de culpabilité diminuent notablement de même que la charge anxieuse. L'amélioration est telle que la réadaptation dans le milieu familial est possible, mais sans activité professionnelle.

A la suite de difficultés d'ordre familial, elle est placée en hospice. Plusieurs rechutes ont été enregistrées depuis, qui ont bien réagi aux thérapeutiques classiques.

Actuellement : elle mène une vie tout à fait normale en hospice, mais serait incapable de se suffire à elle-même. Elle doit être hospitalisée sporadiquement pour des manifestations anxieuses qui cèdent très bien à une thérapeutique neuroleptique banale.

Conclusion : amélioration très importante et bonne réinsertion en hospice.

Obs. 5 : Mlle G... Madeleine : 34 ans.

Hospitalisée la 1ère fois le 16 juin 1947 pour des troubles caractériels cette jeune fille se montre dans le service inaffektive, amoral, indocile, grossière, violente, impulsive. Sa conduite désordonnée est souvent dangereuse pour les autres malades. Toutes les thérapeutiques échouent : électrochoc, cardiazol, cure de Sakel.

En résumé : hébéroïphrénie.

Elle est lobotomisée le 18 juillet 1949 : les suites opératoires sont normales ; elle s'améliore progressivement, sa conduite est moins désordonnée, elle reste grossière par moments, mais se montre beaucoup moins impulsive. Son amélioration est telle que des amis se proposent de la prendre chez eux (ses parents se refusant à s'occuper d'elle). Capable de vivre en liberté, son niveau mental (débilité profonde) ne lui permet pas de gagner normalement sa vie.

Actuellement : elle vit chez son cousin ; elle présente une activité normale, s'occupant aux divers travaux ménagers. Elle ne présente plus aucune manifestation caractérielle.

Conclusion : amélioration considérable du comportement permettant une bonne réinsertion dans le milieu familial.

Obs. 6 : Mlle L... Jeanne : 33 ans.

Admise le 5 août 1946 pour un état d'agitation atypique, elle se montre, dans le service, discordante, incohérente, avec de gros troubles du comportement : refus d'alimentation et gâtisme.

Cet état évolue progressivement sans rémission : inerte, indifférente, elle présente des accès confusionnels épisodiques.

En résumé : hébéphréno-catatonie grave et ancienne.

Elle est lobotomisée le 23 janvier 1950 : les suites opératoires sont normales ; rapidement elle devient propre, présente une meilleure activité, s'occupe à quelques travaux simples et reste calme. Elle rechute au bout de 2 ans.

Actuellement : elle présente toujours des périodes d'excitation psychomotrice où elle se montre violente. Toujours gâteuse, elle s'alimente par contre normalement.

Conclusion : échec total, aucune amélioration mais stabilisation du processus.

Obs. 7 : Mme H... Berthe : 43 ans.

Admise le 28 avril 1948 pour fugues, troubles du caractère hostilité envers le mari ; après une sortie d'essai, elle est de nouveau hospitalisée en décembre 1948 dans un état de mutisme stuporeux avec refus d'alimentation.

Il s'agit d'une malade indifférente, hostile, très opposante ; dans le service, dans les rares contacts qu'on obtient, elle se montre très délirante avec d'importants troubles du cours de la pensée.

En résumé : hébéphréno-catatonie.

Elle est lobotomisée le 23 janvier 1950 : les suites opératoires sont normales, l'amélioration est si remarquable qu'une sortie d'essai est tentée au bout de 6 mois, mais elle revient au bout d'un an pour des troubles du comportement avec inertie et oppositionnisme etc...

Actuellement : il s'agit d'une malade souvent inerte, toujours indifférente, parfois agitée, elle mène une activité toutefois normale à l'épluchoir.

Conclusion : amélioration médiocre.

Obs. 8 : Mme M... Louissette : 54 ans.

Hospitalisée le 3 mai 1946 pour un syndrome mélancolique avec semi-mutisme, cette malade se présente figée et inerte dans le service.

On est frappé par la fixité de son regard, la lenteur, la gêne de l'idéation, les barrages et surtout le désintérêt et l'indifférence affective absolue, enfin par les attitudes cataleptiques.

Cet état remonte à plusieurs années. Bientôt elle tombe dans un état d'inertie totale avec refus d'alimentation.

En résumé : hébéphréno-catatonie grave et ancienne.

Elle est lobotomisée le 8 février 1950 : les suites opératoires sont normales ; l'amélioration est lente, s'objectivant surtout sur le syndrome catatonique qui régresse ; elle s'alimente seule au bout de 2 mois, mais reste toujours très ralentie.

Actuellement : il s'agit d'une malade inerte, bradypsychique, travaillant avec beaucoup de difficultés.

Conclusion : aucune amélioration appréciable.

Obs. 9 : Mme G... L... : 70 ans.

Hospitalisée à plusieurs reprises depuis 1930, son admission définitive date du 4 juin 1940. Il s'agit d'une malade présentant un désintérêt complet, une indifférence affective, une absence d'activité spontanée, un mutisme en dehors de quelques propos dissociés à voix basse, du maniérisme, des impulsions, un gâtisme constant et un refus d'alimentation par intervalles ; elle est, en outre, vraisemblablement hallucinée.

En résumé : hébéphrénie grave et ancienne.

Elle est lobotomisée le 23 octobre 1950 : les suites opératoires sont normales, elle reste toujours aussi ralentie, mais n'est plus impulsive et subvient à ses besoins alimentaires.

Actuellement : il s'agit d'une malade toujours aussi ralentie, indifférente, agitée et gâteuse la nuit.

Conclusion : résultat médiocre.

Obs. 10 : Mlle P... Simone : 41 ans.

Admise la 1ère fois le 7 septembre 1938 pour un syndrome d'excitation maniaque atypique avec agitation psychomotrice intense, propos incessants et décousus, incohérents et mobiles, avec instabilité de l'humeur très marquée. Elle est hospitalisée par la suite de nombreuses fois : son état se détériore progressivement, elle devient indifférente, incohérente, gâteuse, refuse souvent de s'alimenter. Elle présente enfin des idées délirantes de persécution et d'autoaccusation ainsi que des hallucinations auditives probables.

En résumé : Elle est lobotomisée le 23 octobre 1950 : les suites opératoires sont normales ; l'amélioration est rapide, elle s'intéresse progressivement à son travail, toutefois elle manque d'initiatives.

Actuellement : il s'agit d'une malade calme et paisible, contente de son sort, qui ne présente plus aucune hallucination, et s'occupe normalement à la lingerie.

Conclusion : bonne insertion dans le cadre hospitalier.

Obs. 11 : Mlle Berthe : 56 ans.

Admise le 6 novembre 1948, il s'agit d'une malade dans un état de mutisme profond ; catatonique, elle sort épisodiquement de cet état pour se montrer grossière et impulsive. Incapable de s'alimenter seule, elle est, en outre gâteuse.

Cet état évolue sans rémission depuis 15 ans.

En résumé : hébéphréno-catatonie grave et ancienne.

Elle est lobotomisée le 5 mars 1950 : les suites opératoires sont normales elle cherche alors à prendre rapidement contact avec ce qui l'entoure, répond correctement à des questions simples. L'amélioration et un cadre familial accueillant, permettent une sortie d'essai au bout de 6 mois.

Actuellement : elle n'a pas rechuté, mais garde un reliquat schizophrénique assez important : en particulier, elle reste toujours indifférente, mais le contact est néanmoins facile. Elle est capable de s'occuper un peu sous direction douce, mais elle est incapable de gagner sa vie seule.

Conclusion : amélioration importante du comportement chez une schizophrène qui a pu bénéficier d'un cadre familial favorable. Le processus semble ne plus évoluer malgré un recul de 13 ans, et il apparaît qu'on est en présence d'un déficit bien fixé.

Obs. 12 : Mme H. ... Irma : 44 ans.

Son hospitalisation définitive date du 27 mai 1950 à la suite d'une expertise mentale pour outrage publics à la pudeur, excitation de mineurs à la débauche. Elle avait déjà été hospitalisée 4 ans auparavant pour un état dépressif atypique avec anxiété et discordance.

Dans le service, il s'agit d'une malade discordante, souvent incohérente, exprimant des idées délirantes polymorphes et parfois absurdes. Son affectivité est nulle ; avant son hospitalisation elle se livrait à la prostitution pour des sommes minimales après avoir abandonné son mari et ses 3 enfants. Souvent excitée, agitée, elle présente des impulsions fréquentes.

En résumé : hébéphrénie grave avec perte profonde du sens moral, sur un fonds mental médiocre.

Elle lobotomisée le 19 avril 1951 : les suites opératoires sont normales, mais aucune amélioration ne se dessine.

Actuellement : elle est beaucoup plus calme, mais désorientée dans le temps (fausses reconnaissances fréquentes). Elle demeure toujours indifférente et inactive mais n'exprime plus d'idées délirantes et ne présente plus d'impulsion.

Conclusion : résultat médiocre.

Obs. 13 : Mlle D... Marguerite : 43 ans.

Hospitalisée pour la 1ère fois en 1941, elle présente depuis 2 ans environ une instabilité de l'humeur et du caractère (destruction de livres et de photos sans raison etc...) avec incapacité de mener une activité suivie.

Dans le service elle est semi-mutique, accusant des réactions paradoxales avec rires explosifs et stéréotypies. Elle est enfin discordante et impulsive, faisant preuve d'une violente hostilité à l'égard de sa famille. Elle est hospitalisée de nombreuses fois : son état se détériore rapidement : elle présente au cours de ses dernières admissions d'importants troubles des conduites alimentaires et excrémentielles.

En résumé : hébéphréno-catatonie d'évolution grave et ancienne.

Elle est lobotomisée le 22 octobre 1951 : les suites opératoires sont normales ; elle devient calme et souriante, recherchant le contact. Elle ne présente plus d'impulsions, demande du travail mais reste un peu ralentie. Elle présente une comitialité depuis 1952, bien compensée par un traitement banal ; elle a de nouveau été hospitalisée en 1954 pour équilibrer son traitement anti-épileptique, puis en 1957 pour une rechute qui a d'ailleurs cédé à une thérapeutique neuroleptique banale.

Actuellement : elle est améliorée de façon appréciable. S'inquiétant de sa situation future à la mort de ses parents, elle recherche du travail. Elle a un bon contact, ne présente plus aucune hostilité à l'égard de ses parents, mais a conscience de ses possibilités réduites et cherche à bien faire. Elle affiche enfin une affectivité normale.

Elle a fait une crise comitiale en 1962, bien compensée depuis par une thérapeutique anti-épileptique banale.

Conclusion : amélioration très importante du comportement ; elle reste toutefois ralentie et diminuée, mais fait preuve d'une réelle bonne volonté et s'améliore encore progressivement.

Cps. 14 : Mlle C... Marie-Louise : 41 ans.

Admise dans le service pour la 1ère fois le 8 février 1949 pour un état dépressif avec réactions anxieuses et impulsives, il s'agit d'une malade tourmentée depuis de longues années et présentant un délire de persécution avec idées de damnation, d'auto-accusation et de suicide, quelques manifestations hypochondriaques et obsessionnelles. En outre, elle accuse divers troubles du comportement : agitation psychomotrice et refus d'alimentation.

Une cure de Sakel n'amène aucune amélioration appréciable : les tentatives de suicide se succèdent, elle devient discordante, incohérente, présente de nombreux barrages, ses impulsions sont plus fréquentes, ses idées délirantes polymorphes prennent une teinte mystique.

En résumé : hébéphrénie très évolutive avec manifestations délirantes.

Elle est lobotomisée le 19 avril 1951 : les suites opératoires sont normales : elle est calme, docile, euphorique ; religieuse entourée de toutes ses compagnes qui lui prodiguent une attention suivie, elle bénéficie d'une thérapeutique occupationnelle active. Sa réinsertion est bonne : elle remplit assez bien ses fonctions, prend une part active à la vie communautaire ; elle reste susceptible, mais présente une bonne adaptation à son travail dans lequel elle se montre très lente mais scrupuleuse, se souciant du moindre détail. Elle fait quelquefois preuve d'initiative, mais réclame

le contrôle de ses actes à son entourage, craignant de mal faire.

Actuellement : elle est en général agréable, participe entièrement à la vie communautaire. Elle doute toujours d'elle-même, manque d'initiative et reste assez irritable à la moindre contrariété.

Conclusion : en dehors de quelques manifestations impulsives, elle présente une bonne insertion à la vie communautaire. Elle bénéficie grandement d'un milieu qui facilite hautement sa réadaptation.

Obs. 15 : Mme G.... Marguerite : 50 ans.

Hospitalisée pour la 1ère fois le 30 novembre 1945, elle présente une dépression atypique avec anxiété, autoaccusation, idées de persécution, maniérisme, sentiment d'étrangeté, syndrome d'action extérieure. Elle paraît dépressive en raison de sa bradypsychie, de son inertie et de son indifférence. Elle a présenté chez elle des impulsions par intervalles et fait déjà plusieurs fugues.

Elle est de nouveau hospitalisée en 1950. Son état a alors évolué : accès fréquents d'agitation psychomotrice, discordance, incohérence idéoverbale, manifestations délirantes mal systématisées.

En résumé : hébéphréno-catatonie très évolutive.

Elle est lobotomisée le 9 avril 1951 : les suites opératoires sont normales. Son comportement s'améliore de façon considérable, lui permettant de sortir au bout de 3 mois : elle présente encore toutefois certains épisodes d'agitation mineure et une légère inertie. En décembre 1954, son mari vient nous confier son étonnement de voir sa femme aussi améliorée, "ma femme, affirme-t-il, se comporte pratiquement comme une femme normale, sauf de temps en temps de courtes périodes au cours desquelles elle semble absente, regarde fixement la fenêtre ou quelques vagues objets : ces périodes durent de 15 à 20 minutes et elle reprend ensuite tranquillement ses occupations ; elle s'occupe très correctement et seule de son ménage et de ses 2 enfants (7 et 20 ans) qui sont encore à la maison". A nos questions, il répond qu'elle n'est pas incohérente et qu'elle n'affiche plus de sentiment d'étrangeté ni qu'elle ne présente plus d'hallucinations.

Actuellement : elle est bien fixée et n'a pas consulté de psychiatre depuis l'intervention. Elle reste encore un peu ralentie et fatigable, mais n'exprime plus aucune idée délirante ni d'anxiété. Elle tient bien son ménage, établit correctement son budget et est capable de prendre des initiatives.

Conclusion : amélioration spectaculaire d'une hébéphrène déjà profondément dissociée. La lobotomie a permis une réinsertion totale et sans rechute depuis 12 ans. On peut presque parler ici de guérison.

(Soulignons enfin qu'elle ne bénéficie d'aucune aide dans le milieu familial, bien au contraire, elle doit faire de nombreuses concessions à son mari alcoolique chronique).

Obs. 16 : Mme B... Alphonsine : 65 ans.

Admise le 4 septembre 1935 pour un état psychopathique atypique caractérisé par des idées d'influence, de cancérophobie avec hallucinations auditives et visuelles.

Progressivement les idées délirantes se développent avec thèmes mystiques et de persécution tandis que la malade devient bizarre, incohérente pour se plonger bientôt dans un mutisme profond avec négativisme et oppositionnisme.

En résumé : hébéphrénie à évolution insidieuse.

Elle est lobotomisée le 24 novembre 1952 : les suites opératoires sont normales, mais aucune amélioration ne s'est dessinée par la suite malgré les traitements d'appoint.

Actuellement : il s'agit d'une malade calme mais inactive, tout à fait incohérente et gateuse la nuit.

Conclusion : échec complet.

Obs. 17 : Mlle L... Marie-Antoinette : 39 ans.

Admise le 25 octobre 1951, elle présentait un état de dépression atypique avec des idées de persécution évoluant sur un terrain tuberculeux déjà ancien. Il s'agit d'une malade très opposante, inerte, se refusant à la moindre activité dans le service, et parfaitement indifférente. Son état remonte à plusieurs années et s'aggrave progressivement.

En résumé : hébéphrénie déjà ancienne évoluant sous le masque d'une dépression atypique.

Elle est lobotomisée le 20 juin 1952 : les suites opératoires sont normales, mais aucune modification n'a été notée par la suite.

Conclusion : échec complet de la lobotomie, toutefois son état ne s'est pas aggravé depuis l'intervention.

Obs. 18 : Mme T... Christiane : 32 ans.

Sa 1ère hospitalisation date du 24 avril 1952 pour des bizarreries du caractère, du mutisme succédant à des périodes d'excitation psychomotrice.

Dans le service elle est inerte, incohérente et présente des manifestations délirantes à type de délire de persécution. Cet état qui évolue depuis plusieurs années, ne fait qu'empirer, elle devient très impulsive et violente.

En résumé : hébéphréno-catatonie avec réaction anti-sociales.

Elle est lobotomisée le 24 novembre 1952 : les suites opératoires sont normales ; une légère amélioration permet plusieurs sorties d'essai qui se sont toutes soldées par un échec.

Actuellement : il s'agit d'une malade délirante, inactive, présentant un maniérisme mimique et gestuel, dont l'impulsivité est bien contrôlée par une thérapeutique neuroleptique mineure.

Conclusion : échec total.

Obs. 19 : Mme M. Georgette : 42 ans.

Hospitalisée la 1ère fois le 16 décembre 1942 pour un état psychopathique caractérisé par du mutisme avec inertie alternant avec des périodes d'agitation avec manifestations anxieuses et théâtrales. Cet état s'accompagne de désorientation et d'obnubilation intellectuelle. Les troubles s'aggravent progressivement et sans rémission, les manifestations caractérielles avec impulsions nécessitent des séjours fréquents et prolongés à l'hôpital.

En résumé : hébéphrénie d'évolution lente mais insidieuse.

Elle est lobotomisée le 24 novembre 1952 : les suites opératoires sont normales ; aucune amélioration n'est observée dans les mois qui suivent, une cure de Sakel est alors pratiquée, et ce n'est qu'au bout d'un an qu'un mieux se dessine. Elle se montre plus sociable, plus calme, plus travailleuse, son contact est meilleur. L'amélioration lente se poursuivant, son transfert en hospice est possible. Elle rechute après avoir abandonné tous ses médicaments. Elle se trouve toutefois rétablie à la suite d'une courte hospitalisation.

Actuellement : elle est placée chez un petit ménage où elle mène une activité encore ralentie : elle fait les courses et s'occupe à des travaux mineurs ; paresseuse, il faut la pousser à son travail...

Conclusion : amélioration importante du comportement permettant une réinsertion partielle chez un ménage peu exigeant.

Obs. 20 : Mlle N... Marcelle : 41 ans.

Admise la 1ère fois à l'hôpital pour un syndrome anxieux avec idées obsédantes, auto-accusation, parfois impulsions. Son état se détériore au fur et à mesure de ses hospitalisations successives. Elle devient inerte, conserve les attitudes par intervalles, se montre de plus en plus incohérente, refuse toute alimentation et accuse une anxiété de plus en plus marquée.

En résumé : hébéphréno-catatonie s'aggravant rapidement.

Elle est lobotomisée le 30 juin 1952 : les suites opératoires sont normales ; elle se montre rapidement calme et docile ; assez indifférente, elle critique toutefois son état antérieur : "avant l'opération j'avais l'impression qu'on entendait ma pensée, tous les gens savaient ainsi ce que je pensais". Le contact s'obtient beaucoup plus facilement, ce qui la rend perméable à la psychothérapie. En 1955, son père nous donne des précisions intéressantes : l'amélioration est désormais très importante, elle fait la comptabilité de la maison, fait le ménage, la cuisine ; elle n'est plus impulsive ni discordante. A la suite du décès de ses parents, elle fait une rechute avec reprise des manifestations anxieuses, bien traitée par les neuroleptiques.

Actuellement : elle vit en hospice et peut rendre de menus travaux (elle est d'ailleurs prise au pair) : travaux de ménage où elle se montre lente mais efficace et soignée, son travail étant toujours remarquablement exécuté. Elle est calme, souriante, aimable, très agréable avec les autres pensionnaires. Elle reste toutefois encore ralentie.

Conclusion : amélioration très importante lui permettant une bonne réinsertion dans un hospice où elle est placée au pair.

Obs. 21 : B... Madeleine : 40 ans.

Hospitalisée le 21 septembre 1944, elle est inerte, catatonique, et présente, en outre, des idées d'étrangeté du monde extérieur, idées délirantes et obsédantes de transformation de son propre corps et des êtres qui l'entourent, elle accuse d'importants troubles du cours de la pensée. Souvent angoissée, elle présente sporadiquement des impulsions et des accès d'agitation psychomotrice.

En résumé : hébéphréno-catatonie grave et évoluant sans

rémission depuis de longues années sur un fonds de débilité mentale.

Elle est lobotomisée le 24 novembre 1952 : les suites opératoires sont normales ; l'amélioration est lente et progressive ; au bout de 3 mois, elle s'alimente bien, montre moins d'indifférence ; un peu plus souriante, elle reste toujours discordante. Par contre il n'est plus besoin de lui passer la camisole, qu'elle avait souvent avant l'intervention en raison de ses impulsions et de son agitation.

Actuellement : il s'agit d'une malade calme et travailleuse se rendant souvent en permission dans sa famille. Son état nécessite seulement la prise de quelques comprimés de neuroleptiques par jour.

Le contact est bon, elle est souriante mais un peu simplette ; elle travaille au ménage et à la broderie avec un bon rendement. Au moment des règles, elle se montre nerveuse et plus irritable, mais elle n'a jamais présenté d'impulsions depuis l'intervention.

Son maintien à l'hôpital n'apparaît plus nécessaire.

Conclusion : amélioration considérable du comportement chez une hébéphrène grave et ancienne, se maintenant sans rechute au bout de 11 ans.

Obs. 22 : Mme B... Odette : 42 ans.

Hospitalisée le 24 avril 1951, cette malade inactive dans son ménage, indifférente envers son mari et ses enfants, présente des stéréotypies diverses. Cet état évolue depuis de longues années déjà. Malgré une cure de Sakel, elle reste très ralentie, ne s'occupant qu'avec difficulté ; elle n'exprime aucune idée délirante, toutefois son comportement gestuel permet d'évoquer la présence d'hallucinations.

En résumé : hébéphréno-catatonie.

Elle est lobotomisée le 1er juillet 1952 : les suites opératoires sont normales ; l'amélioration est longue à se manifester, mais au bout de six mois, elle s'occupe à nouveau spontanément, ne présente plus d'activité stéréotypée, écrit à sa famille, demande à voir ses enfants ; elle va enfin souvent en vacances dans sa famille. Elle sort de l'hôpital en février 1959, mais revient en décembre 1961 après avoir fait une fugue de l'hospice où elle avait été placée.

Actuellement : cette malade reste indifférente et un peu ralentie, mais présente une activité coordonnée dans le service.

Conclusion : amélioration considérable du comportement ; son état ne nécessite plus son placement à l'hôpital, d'autant plus

que son niveau mental (QI = 100) permet d'espérer une réinsertion valable.

Obs. 23 : Mme L... Marie-Antoinette : 58 ans.

Hospitalisée le 28 mai 1951 pour un état dépressif atypique avec idées délirantes de persécution entraînant une agitation épisodique, elle se montre bizarre et maniérée dans le service ; puérile, d'un niveau médiocre, elle est discordante et souvent incohérente. Sans volonté, sans initiative, elle se montre souvent insolente et impulsive. Cette affection remonte à plusieurs années.

En résumé : hétérophrénocatatonie.

Elle est lobotomisée le 30 juin 1952 ; les suites opératoires sont normales ; une amélioration notable de son comportement permet une sortie d'essai, mais elle rechute 2 ans après.

Actuellement : il s'agit d'une malade travaillant normalement à la lingerie mais qui reste indifférente et lointaine dans le service. Elle n'est plus incohérente et ne présente plus d'impulsions.

Conclusion : très améliorée sur le plan du comportement, elle reste toutefois vindicative avec ses compagnes, ce qui rend problématique une réinsertion sociale.

Obs. 24 : Mme G... Angèle : 51 ans.

Admise pour la 1ère fois le 16 août 1938, il s'agit d'une malade discordante, ayant des réactions affectives paradoxales (rires immotivés). Elle présente des alternatives de stupeur et d'agitation psychomotrice. Tous les traitements classiques échouent. Son état évolue progressivement vers une indifférence absolue.

En résumé : hétérophrénocatatonie d'évolution ancienne et grave.

Elle est lobotomisée le 19 octobre 1953 : les suites opératoires sont normales ; aucune amélioration ne se dessine.

Actuellement : elle reste toujours inerte et indifférente : elle ne connaît pas le nom des malades qui mangent avec elle à table. Elle présente un bon contact cependant, et ne manifeste plus d'agitation.

Conclusion : résultat médiocre.

Obs. 25 : Mme Simone : 40 ans.

Hospitalisée la 1ère fois pour un état de dépression atypique avec quelques manifestations hallucinatoires peu extériorisées. Par la suite elle est de nouveau admise pour d'importants troubles du comportement : impulsivité, agressivité à l'égard de sa famille.

Dans le service, elle se montre ralentie, anxieuse et souvent impulsive, elle présente enfin des manifestations délirantes polymorphes et mal systématisées. Cet état qui évolue insidieusement depuis plusieurs années est rebelle à l'électroplexie et à l'insuline.

En résumé : hétérophrénie-catatonie.

Elle est lobotomisée le 19 octobre 1953 : les suites opératoires sont normales ; son état s'améliore progressivement : si elle reste toujours un peu ralentie, son angoisse s'évanouit, ses idées délirantes s'estompent, elle demeure calme et douce, ne présentant plus aucune impulsivité, elle n'accuse plus de troubles du cours de la pensée. Elle sort très améliorée au bout de quelques mois.

Actuellement : elle vit avec sa mère et sa soeur, son activité est presque inexistante, elle passe la majeure partie de sa journée au lit, se levant seulement pour les repas ; son affectivité reste effondrée. Par contre, elle n'est plus impulsive ni hostile à l'égard de sa famille.

Conclusion : plus de réactions antisociales, mais activité et affectivité nulles : échec presque total. Au décès de sa mère, son hospitalisation devra de nouveau être envisagée.

Obs. 26 : Mlle C... Marguerite : 35 ans.

Admise pour la première fois en 1946 pour un état de stupeur avec mutisme absolu et activité onirique prolixe. Son hospitalisation définitive remonte au 17 juillet 1950, il s'agit alors d'une jeune fille très discordante, présentant de gros troubles du cours de la pensée, vivant dans une indifférence absolue, passant toutes ses journées à faire le tour de la cour suivant un parcours toujours identique. Elle présente enfin des accès de mutisme avec négativisme, alternant avec des épisodes d'agitation psychomotrice avec impulsions.

Six mois avant sa lobotomie elle est très incohérente, agitée, grossière et présente une activité hallucinatoire vraisemblable.

En résumé : hétérophrénie évoluant rapidement vers la démence.

Elle est lobotomisée le 16 mars 1953 : les suites opératoires sont normales ; mais la malade demeure toujours aussi incohérente, discordante, grossière et agitée.

Actuellement : elle est moins incohérente, les infirmières peuvent tenir avec elle des conversations banales, elle n'est plus agitée, mais elle présente par contre, de gros troubles des conduites alimentaires : elle boit ses urines, mange des mégots, avale ses cheveux.

Conclusion : échec total.

Obs. 27 : Mlle H... Victorine : 47 ans.

Malade hospitalisée pour la première fois en septembre 1944 ; inerte, présentant des troubles graves du comportement, du maniérisme, des stéréotypies, de l'ambivalence, de l'indifférence affective, des accès catatoniques avec impulsions épisodiques. Toutes les sorties tentées avant son hospitalisation définitive en 1951 se sont soldées par des échecs en raison des troubles du comportement.

Avant l'opération, il s'agit d'une malade inactive, gateuse, grossière, discordante, opposante, très incohérente, souvent agitée et présentant une activité délirante mal systématisée.

En résumé : hébéphréno-catatonie grave et ancienne.

Elle est lobotomisée le 9 mars 1953 : les suites opératoires sont normales. Devant l'absence d'amélioration, une cure de Sakel est pratiquée, qui entraîne un mieux immédiat : elle devient calme, n'est plus gateuse et déploie une activité valable dans le service ; mais elle rechute rapidement et d'une manière définitive. Elle a présenté des crises comitiales facilement traitées.

Actuellement : il s'agit d'une malade gateuse, incohérente, inerte avec des accès d'agitation psychomotrice.

Conclusion : échec total.

Obs. 28 : Mme B... : 58 ans.

Admise à l'hôpital le 14 août 1940, elle présente un long passé psychasthénique avec obsessions diverses : peur du suicide, peur de commettre des actes absurdes d'exhibitionnisme, accès de mutisme, anxiété vive et parfois bruyante, accès de dépression atypique. Il s'agit d'une hébéphrène qui tombe bientôt dans le plus profond mutisme ; lorsqu'elle sort épisodiquement de son mutisme, c'est pour se faire remarquer par son incohérence, sa grossièreté

du langage et des gestes, sa perversité. Enfin il s'agit d'une malade gateuse et impulsive. Ses accès d'agitation ont nécessité pendant les 6 années précédant la lobotomie la pose fréquente de la chemise.

Résumé : hébéphrène gravement atteinte : indifférence absolue, accès de mutisme, perversité, impulsions.

Elle est lobotomisée en mars 1953 : les suites opératoires sont normales. Dans les 2 mois qui suivent l'intervention aucune amélioration appréciable n'est notée, elle reste en particulier toujours aussi impulsive et refuse de s'alimenter. Une cure de Sakel est pratiquée qui amène alors une amélioration rapide sur le plan des conduites alimentaires et excrémentielles, plus lente sur le plan des réactions antisociales. Six mois après l'intervention, avec un traitement neuroleptique banal, elle est calme et n'extériorise plus d'idées délirantes et n'a pratiquement plus d'impulsions ; elle est beaucoup moins érotique, enfin elle s'occupe à la couture (ce qu'elle avait toujours refusé de faire depuis 10 ans).

Actuellement : 10 ans après la lobotomie, elle est très améliorée : elle ne présente plus aucune idée délirante apparente ; son comportement est quasi-normal : elle travaille lentement mais s'occupe avec beaucoup de bonne volonté à tous les travaux ménagers du service. Ses obsessions ont disparu, on ne note plus aucune perversité dans son comportement, son langage est mesuré, elle a un niveau mental supérieur à celui du CEP.

Conclusion : amélioration considérable du comportement et des manifestations délirantes. Elle s'est remarquablement bien intégrée à la structure hospitalière ; toutefois son ralentissement et son manque d'initiative n'autorisent pas une réinsertion sociale ; par contre elle pourrait bénéficier d'un transfert en hospice où elle saurait se montrer utile à condition que son activité soit bien réglée et régulière.

Cette observation est un exemple typique de sensibilisation à la cure de Sakel après la lobotomie : cette cure pratiquée antérieurement à la lobotomie n'avait alors amené aucune amélioration.

Obs. 29 : Mlle F... Madeleine : 24 ans.

Admise le 12 octobre 1954, elle arrive dans le service dans un état de stupeur. Opposante, gateuse, impulsive, elle est incapable de mener une activité coordonnée. Elle se détériore progressivement. La veille de la lobotomie elle se trouve dans un état d'indifférence et d'inertie absolues.

En résumé : hébéphrénie.

Elle est lobotomisée le 18 octobre 1954 : les suites opératoires sont normales ; elle reste inactive dans le service mais elle demeure désormais calme et docile.

Actuellement : elle vit en hospice où elle mène une vie ralentie.

Conclusion : résultat appréciable sur le comportement, aucune amélioration sur les autres plans cliniques.

Obs. 30 : Mlle F... Bernadette : 50 ans.

Hospitalisée le 13 janvier 1940, il s'agit d'une malade atteinte de démence précoce évoluant depuis plusieurs années. Cette affection se caractérise par des phases d'agitation, d'incohérence avec des troubles importants du cours de la pensée et du comportement et par une indifférence absolue.

Dans le service elle se montre agitée, grossière, malpropre, elle frappe et mord les personnes qui l'approchent, leur crache au visage. Son agitation, sa grossièreté, ses impulsions, son incohérence s'aggravent progressivement malgré l'éventail thérapeutique utilisé.

En résumé : hébéphrénie grave et ancienne.

Elle est lobotomisée le 15 mars 1954 : les suites opératoires sont normales, mais aucune amélioration n'est notée dans l'immédiat. Une cure de Sakel est pratiquée qui n'amène qu'une amélioration transitoire ; par contre, elle fait 4 crises de grand mal en 1 mois : cette comitialité a été par la suite bien stabilisée avec 15 cg de gardéнал.

Actuellement : 8 ans après la lobotomie, il s'agit d'une malade toujours impulsive, grossière, récriminatrice et malpropre.

Conclusion : il s'agit d'une malade qui n'a pas été améliorée par la lobotomie, mais son état ne s'est pas aggravé depuis cette intervention.

Obs. 31 : Mlle B... Camille : 52 ans.

Admise le 11 juillet 1944, cette malade était atteinte de démence précoce d'évolution déjà fort ancienne et caractérisée essentiellement par du négativisme, du mutisme, un repliement absolu sur elle-même.

Dès le début de son hospitalisation, différents traitements sont tentés qui n'amènent qu'une amélioration transitoire.

Pendant 10 ans, elle s'installe progressivement dans la démence : le mutisme est complet, les conduites alimentaires et excrémentielles sont profondément troublées. Sur un fond d'inertie complète éclatent sporadiquement des accès d'agitation avec impulsions.

En résumé : hébéphrénie d'évolution déjà avancée.

Elle est lobotomisée le 15 mars 1954 : les suites opératoires sont normales ; les suites immédiates sur le plan clinique sont assez spectaculaires chez cette malade "enfermée dans sa démence" depuis de longues années. Son mutisme reste complet, mais elle s'alimente très vite normalement, travaille un peu dans le service, ne se montre plus opposante, mais demeure encore gateuse.

L'amélioration va être croissante, pour se stabiliser au bout de 4 ans et demeurer intacte au bout de 8 ans. Elle a présenté 2 crises comitiales, bien stabilisées par la suite.

Actuellement : malade calme et docile qui rend de nombreux services dans son pavillon : elle fait le ménage et la vaisselle consciencieusement, elle fait son lit elle-même sans qu'il soit utile de le lui demander. Elle pratique la couture à l'atelier d'ergothérapie où elle se montre appliquée. Ses conduites alimentaires et excrémentielles sont normales. Elle vient elle-même engager la discussion avec les infirmières du pavillon et s'enquiert de son pécule.

Il s'agit toutefois d'une activité qui procède d'une routine quotidienne : livrée à elle-même cette malade manque totalement d'initiative, ce qui ne permet pas d'envisager un essai de réintégration sociale ; enfin si elle ne se montre plus impulsive, elle présente parfois des "sautes d'humeur", passagères d'ailleurs. Elle extériorise toujours des idées délirantes assez incohérentes sans tonalité affective particulière et ne s'accompagnant d'aucune réaction de défense.

Conclusion : grave hébéphrénie chez laquelle la lobotomie a permis une réinsertion dans le cadre hospitalier. Au moment où la lobotomie a été pratiquée, il s'agissait d'une malade gateuse, incapable de se nourrir elle-même, en proie au mutisme le plus complet. Actuellement cette malade a pris un aspect "humain", elle vaque à ses diverses occupations sans qu'il soit besoin de surveiller sa conduite.

Obs. 32 : Mlle L... Marie-Louise : 58 ans.

Admise le 11 février 1954, il s'agit d'une femme inerte, catatonique, présentant de gros troubles du comportement qui ont justifiés son hospitalisation : négativisme, oppositionnisme, impulsivité.

Dans le service, elle se montre incapable de satisfaire à ses besoins les plus élémentaires : elle est complètement gateuse ; son activité est absolument nulle. Cet état évolue sans rémission depuis plus de 20 ans.

En résumé : hébéphréno-catatonie grave et ancienne.

Elle est lobotomisée le 15 mars 1954 : les suites opératoires sont normales ; elle perd progressivement ses gestes stéréotypés, converse volontiers avec les infirmières, commence à s'occuper aux différents travaux de la couture avec difficulté toutefois. Elle est par contre, toujours malpropre. L'amélioration est très lente, elle permet un placement en hospice au bout de quelques mois.

Actuellement : elle est bien insérée dans le cadre de l'hospice où elle ne peut toutefois rendre des services que minimes ; elle reste parfois encore grossière.

Conclusion ; amélioration nette mais partielle du comportement permettant toutefois une réinsertion valable en hospice.

Obs. 33 : Mlle L... Yvonne : 43 ans.

Admise le 3 mars 1949 pour mutisme et attitude négativiste, il s'agit d'une malade indifférente et souvent impulsive dans le service.

Inerte, catatonique, elle présente une débilité mentale profonde difficile à tester en raison de sa bradypsychie.

En résumé : hébéphrénie grave et ancienne.

Elle est lobotomisée le 18 novembre 1954 : les suites opératoires sont normales, mais elle demeure aussi inerte et indifférente.

Actuellement : il s'agit d'une malade calme qui présente une activité normale dans le service, à condition qu'elle soit guidée et suivie.

Conclusion : sa bradypsychie et sa débilité mentale interdisent sa sortie.

Obs. 34 : Mlle P... Georgette : 56 ans.

Hospitalisée le 6 février 1941, il s'agit d'une jeune fille accusant des troubles importants du comportement depuis de nombreuses années. Maniérée, elle présente des idées délirantes

inconsistantes et incoordonnées, de la dispersion de l'attention avec troubles du cours de la pensée (barrages, réponses explosives) et des troubles de l'humeur (manifestations paradoxales, agitation psychomotrice).

Dans le service, il s'agit d'une malade indifférente vis-à-vis de son entourage et des siens, se refusant à tout contact et souvent impulsive.

Son état s'aggrave progressivement.

En résumé : hébéphrénie grave et ancienne.

Elle est lobotomisée le 15 mars 1954 : les suites opératoires sont normales ; rapidement elle est calme et docile et ne présente plus de réactions anti-sociales toutefois son indifférence et sa discordance ne s'améliorent que très lentement.

Actuellement : elle garde un faciès figé, parle très correctement, d'une façon recherchée même, avec quelques originalités de la syntaxe ; elle n'extériorise plus aucun délire. Elle excelle à la broderie où elle fait preuve d'une grande activité.

Conclusion : amélioration très importante du comportement. Bien insérée dans le cadre hospitalier, sa réinsertion sociale paraît difficile en raison de la difficulté de lui trouver un cadre qui lui convienne.

Obs. 35 : Mlle S... Paulette : 29 ans.

Hospitalisée le 23 février 1949, il s'agit d'une malade catatonique. Dans le service, elle est inerte, opposante, gateuse, incapable de subvenir à ses besoins les plus élémentaires ; elle est enfin souvent violente et impulsive.

Cet état évolue insidieusement depuis plusieurs années et se développerait sur un fonds de débilité mentale.

En résumé : hébéphréno-catatonie.

Elle est lobotomisée le 15 mars 1954 : les suites opératoires sont normales, mais aucune amélioration ne se dessine. Une cure de Sakel est alors entreprise qui amène une amélioration sensible, en particulier une recherche du contact.

Actuellement : il s'agit d'une malade puérile mais qui s'occupe régulièrement et fait de la broderie ; elle reste parfois impulsive.

Conclusion : amélioration nette du comportement mais ne permettant pas une réinsertion sociale.

Obs. 36 : Mlle R... Suzanne : 43 ans.

Admise le 10 février 1940, elle présentait un état de mutisme avec négativisme et fugues. Dans le service elle est agitée et incohérente, avec de gros troubles du comportement : oppositionnisme, refus d'alimentation absolu. Elle est, en outre, gateuse et présente des accès de catatonisme avec impulsions par intervalles.

En résumé : hébéphréno-catatonie avec troubles graves du comportement.

Elle est lobotomisée le 15 mars 1954 : les suites opératoires sont normales; elle s'extériorise beaucoup plus mais devient désordonnée, grossière et excitée ; ces troubles disparaissent par la suite progressivement.

Actuellement : calme et tranquille, elle déploie une activité très importante et surtout coordonnée. Elle garde toutefois un fond délirant mais peu marqué.

Conclusion : amélioration considérable permettant des sorties de 8 à 15 jours.

Obs. 37 : Mlle B... Marie-Thérèse : 27 ans.

Admise le 24 avril 1954 pour des troubles caractériels, agressivité contre les jeunes gens et contre sa famille, impulsivité, elle est incapable de critiquer sa conduite.

Dans le service, il s'agit d'une jeune fille très opposante, récriminatrice, souvent agitée. Elle présente un syndrome délirant fruste fait d'idées absurdes, incohérente, sans ébauche de systématisation. Elle présente enfin un érotisme très marqué. Cet état évolue, sans rémission, en s'aggravant.

En résumé : héboidophrénie.

Elle est lobotomisée le 23 Mai 1955 : les suites opératoires sont normales, mais n'amènent aucune amélioration notable.

Actuellement : il s'agit d'une malade toujours incohérente et qui reste aussi érotique et impulsive.

Conclusion : échec total.

Obs. 38 : Mlle L... Marthe : 42 ans.

Admise le 9 octobre 1939, elle se présente dans un état de mutisme absolu. Dans le service, il s'agit d'une malade bizarre, stéréotypée ; des rires immotivés rendent son attitude souvent grotesque. Sur un fond d'inertie psychique et motrice, d'indifférence affective, éclatent sporadiquement des impulsions graves et dangereuses pour celles qui l'entourent.

Cet état remonte à plusieurs années, il s'aggrave progressivement, la malade vit bientôt dans le gâtisme le plus profond. A la veille de son intervention, elle est soit inerte, soit camisolée.

En résumé : hébéphréno-catatonie grave et ancienne.

Elle est lobotomisée en juin 1955 : les suites opératoires sont normales ; l'amélioration est assez rapide : au bout de 2 mois, elle mange seule et normalement, n'est plus gateuse, prend part aux occupations du service, joue au ballon dans la cour avec d'autres malades, range soigneusement ses affaires le soir avant le coucher.

Actuellement : il s'agit d'une malade propre, prenant soin d'elle-même et s'occupant à la couture. Euphorique, elle reste toutefois indifférente à son sort.

Conclusion : amélioration considérable du comportement. Elle reste toutefois encore ralentie, et son niveau intellectuel lui interdit toute sortie définitive ; elle est par contre bien insérée dans le cadre hospitalier.

Obs. 39 : Mlle C... Germaine : 37 ans.

Hospitalisée le 23 septembre 1955, il s'agit d'une malade opposante, présentant d'importants troubles du comportement avec mutisme, négativisme, refus d'alimentation et impulsions fréquentes. Elle a déjà été traitée à l'insuline mais sans résultat appréciable. Cet état évolue depuis de longues années.

En résumé : hébéphréno-catatonie.

Elle est lobotomisée le 20 février 1956 : les suites opératoires sont normales ; elle se montre rapidement plus active et sociable, sachant faire preuve d'initiatives dans son travail. Elle rechute au bout de quelques mois.

Actuellement : il s'agit d'une malade présentant encore une incohérence idéo-verbale, dont l'affectivité est profondément troublée.

Conclusion : échec total.

Obs. 40 : Mme V... Simone : 46 ans.

Hospitalisée à diverses reprises depuis 1949, son hospitalisation définitive date du 25 novembre 1955. Il s'agissait d'une schizophrène déjà ancienne, avec bizarreries, maniérisme, stéréotypies, indifférence absolue, oppositionnisme, attitude foetale dans son lit, phénomènes d'action extérieure et discordance.

En résumé : hétérophrénie essentiellement marquée par de l'oppositionnisme et une indifférence absolue avec troubles du cours de la pensée.

Elle est lobotomisée le 20 février 1956 : les suites opératoires sont normales ; l'amélioration est lente et progressive portant surtout sur l'activité dans le service.

Actuellement : il s'agit d'une malade très indifférente, parfois agressive (lorsqu'elle est contrariée) mais n'exposant aucune idée délirante. Son contact est bien amélioré. Il s'agit d'une malade qui pourrait vivre chez elle, mais chaque essai a été déçu en raison du désir de la malade de revenir à l'hôpital.

Conclusion : malade bien améliorée sur le plan du comportement, mais se refusant à admettre l'éventualité de sa sortie définitive.

Obs. 41 : Mlle L... Isabelle : 44 ans.

Hospitalisée en 1936 pour un état d'agitation psychomotrice intense, son hospitalisation définitive date du 3 janvier 1946. Son état est alors caractérisé par des alternatives de mutisme et d'agitation avec impulsivité et violences.

Séréotypée, il s'agit d'une malade le plus souvent inerte, catatonique et toujours gateuse.

En résumé : hétérophréno-catatonie grave et ancienne.

Elle est lobotomisée le 19 mai 1958 : les suites opératoires sont normales ; l'amélioration est lente portant surtout sur le mutisme et les conduites excrémentielles.

Actuellement : il s'agit d'une malade présentant toujours des troubles du comportement (impulsivité). Incapable de prendre des initiatives personnelles, elle travaille cependant désormais d'une manière suivie à l'ergothérapie.

Conclusion : amélioration très partielle du comportement.

Obs. 42 : Mlle P... Raymonde : 37 ans.

Admise le 20 octobre 1942, cette malade présentait un état psychopathique caractérisé par du mutisme, de l'oppositionnisme avec refus d'alimentation entraînant une dénutrition intense et s'accompagnant d'attitude et de gestes stéréotypés et d'un maniérisme douloureux.

Cette malade est inerte et vit dans une indifférence absolue. Son état évolue au bout de quelques années, à partir de 1945, elle présente une excitation psychique continuelle avec agitation désordonnée, ambivalence, frayeurs subites, attitudes stéréotypées, négativisme, idées délirantes absurdes et non systématisées de zoopathies internes, de mysticisme, d'hétéroaccusation etc... enfin gâtisme absolu. Tous ces éléments évoluent sur un fond de débilité mentale.

En résumé : hébéphrénie grave et ancienne.

Elle est lobotomisée le 19 mai 1958 : les suites opératoires sont normales ; l'amélioration est très lente portant surtout sur les conduites alimentaires et excrémentielles.

Actuellement : elle présente une amélioration légère du comportement, mais aucune modification sur les autres plans cliniques.

Obs. 43 : Mme H... : 37 ans.

Hospitalisée plusieurs fois de 1947 à 1957, cette jeune femme présente d'importants troubles du comportement. Accusant au début de simples troubles caractériels, son état se détériore progressivement ; au cours de ses dernières admissions, elle se montre apragmatique, conservant les attitudes, maniérée et puérile. Elle est tout juste capable de satisfaire à ses besoins les plus élémentaires. Très dissociée, présentant de gros troubles du cours de la pensée, malpropre, gateuse, très impulsive, elle se présente comme une démente.

En résumé : hébéphréno-catatonie d'évolution ancienne et grave.

Elle est lobotomisée le 19 mai 1958 : les suites opératoires sont normales, mais l'amélioration est très lente et progressive, portant d'abord sur les conduites antisociales. Elle sort au bout de quelques mois très améliorée.

Actuellement : elle vaque normalement aux travaux ménagers (mais elle fait mal la cuisine par économie de combustible, selon son mari). Elle fait des journées de lavage et travaille de

temps à autre dans des fermes, mais son activité doit être surveillée, car elle manque encore d'initiatives. Elle n'a jamais présenté d'impulsion ou manifesté d'agressivité depuis l'intervention.

Conclusion : amélioration considérable du comportement chez une schizophrène profondément détériorée, ayant permis une bonne réinsertion sociale. Cette amélioration se maintient au bout de 5 ans et sans rechute.

Obs. 44 : Mlle D... Nicole : 27 ans.

Admise le 19 mai 1959, il s'agit d'une jeune fille qui extériorise des idées d'incurabilité, d'indignité et présente des phobies avec idées mystiques.

Cet état évolue en fait depuis 10 ans ; assez indifférente à tout ce qui l'entoure, incapable de mener une activité coordonnée, elle a fait de nombreux hôpitaux où tous les traitements classiques ont échoués : électroplexies, cure de Sakel, chimiothérapie.

Dans le service elle fait preuve d'une ambivalence affective et surtout accuse des idées obsédantes incoercibles : envie de tuer, de crier, d'étrangler, d'empoisonner sa famille, peur de ne plus pouvoir se regarder dans une glace. Elle passe son temps allongée sur son lit en rêvant.

En résumé : hébéphrénie évoluant sans rémission depuis 10 ans.

Elle est lobotomisée le 25 mai 1959 : les suites opératoires sont normales ; rapidement elle se montre moins lente dans son travail et surtout plus aimable avec les autres malades, gardant toutefois une certaine distance.

Par contre ses phobies demeurent supportant une charge anxieuse moins forte toutefois.

Actuellement : elle a repris une activité modérée, elle reste encore avec une anxiété persistante mais justifiée en raison de son incapacité dont elle a très bien conscience. Cette incapacité est due non pas à un déficit mais à un manque d'acquis avant la lobotomie ; elle a tout à apprendre, ce qui ne facilite guère sa rééducation.

Conclusion : résultat moyen.

Obs. 45 : Mme Colette J... : 42 ans.

Hospitalisée depuis 10 ans pour une schizophrénie ancienne et grave, elle est très discordante et incohérente, présentant des bizarreries du comportement avec des réactions très agressives

et des fugues fréquentes.

Dans le service, il s'agit d'une malade inerte, se refusant à rendre le moindre service, souvent agitée et impulsive.

En résumé : hébéphrène avec de graves troubles du comportement. Indifférence absolue et agitation psychomotrice.

Elle est lobotomisée le 25 mai 1959 : les suites opératoires sont normales ; la malade apparaît calme, elle s'intéresse bientôt au service, demande à aller à l'ergothérapie où elle déploie une activité satisfaisante au raccommodage et à la couture.

Actuellement : son comportement est à peu près normal dans le service à part quelques réactions antisociales mineures ; plus calme, elle reste toutefois encore très discordante : sa réinsertion sociale ne peut être envisagée.

Conclusion : amélioration du comportement avec réinsertion dans le cadre hospitalier.

Obs. 46 : Mlle J... Rose-Marie : 34 ans.

Jeune fille hospitalisée le 15 novembre 1958 pour une schizophrénie déjà ancienne et traitée dans de nombreux établissements. Cette affection se caractérise par un désintérêt marqué, un maniérisme, des rires immotivés et de l'autisme. Elle présente d'importants troubles du comportement réunis par le thème de la pureté (bains, ablations multiquotidiennes).

Instruite et d'un bon niveau intellectuel, il existe chez elle une discordance remarquable entre son niveau mental et le puérilisme de ses conceptions anatomiques, la naïveté de ses représentations du Bien et du Mal, son mysticisme primaire, sa religiosité enfantine.

Son hospitalisation a surtout été motivée par son refus à sortir de sa chambre, ses impulsions souvent vives et enfin un refus catégorique d'alimentation.

En résumé : hébéphrénie d'évolution lente mais caractérisée par des troubles du comportement avec impulsions et refus d'alimentation.

Elle est lobotomisée le 25 mai 1959 : les suites opératoires sont normales ; l'amélioration est rapide et se maintient au bout de 5 ans sur le plan des conduites antisociales et alimentaires, mais moins nette sur les autres plans cliniques.

Conclusion : amélioration sur le plan des conduites antisociales et alimentaires, les autres troubles demeurent inchangés mais semblent toutefois moins polymorphes.

Obs. 47 : P. Suzanne : 50 ans.

Admise le 9 décembre 1948, il s'agit d'une jeune femme atteinte de dépression atypique avec manifestations névrotiques : sensation de tête vide, d'impossibilité de classer ses idées, impression de perte de mémoire.

Les hospitalisations se succèdent : la malade devient de plus en plus inerte et indifférente, elle ne s'occupe pratiquement pas, s'alimente mal, ne s'extériorise pas.

Elle se replie de plus en plus sur elle-même : réticente, elle devient très irritable et parfois impulsive.

En résumé : hétérophrénie lentement évolutive.

Elle est lobotomisée le 25 mai 1959 : les suites opératoires sont normales ; l'amélioration s'établit lentement portant surtout sur les manifestations pseudo-névrotiques.

Actuellement : elle est placée en hospice où elle mène une activité lente mais suivie. Elle est capable de sortir en ville, de faire elle-même ses commissions et même de rendre service à ses compagnes. Elle s'alimente bien, n'est plus impulsive, mais reste assez lointaine ; elle est par contre propre, soigneuse, méticuleuse, et beaucoup plus souriante.

Conclusion : amélioration importante du comportement. Elle est capable de vivre en hospice ou en milieu familial compréhensif, elle reste toutefois incapable de vivre seule et de se suffire à elle-même.

Obs. 48 : Mme M... Renée : 37 ans.

Hospitalisée le 18 mai 1956, elle présente un état de dépression atypique dominé par une anxiété importante. Dans le service elle se montre inactive, impulsive ; elle reconnaît volontiers qu'elle se livre, chez elle, à une activité désordonnée, remuant et brisant tout ce qui lui tombe sous la main. Très jalouse, elle fait des scènes grotesques de ménage à son mari.

Elle est hospitalisée plusieurs fois par la suite pour un état d'anxiété avec manifestations catatoniques. Elle devient opposante discordante, incohérente et gateuse. Les rechutes se font de plus en plus fréquentes, tandis que la cure neuroleptique se fait de moins en moins efficace.

En résumé : hétérophrénie d'évolution progressive et insidieuse.

Elle est lobotomisée le 13 juin 1960 : les suites opératoires sont normales ; le comportement de la malade se modifie considé-

ablement : elle se fait souriante et active, travaille régulièrement et cherche à se rendre utile. Elle demande sa sortie, mais se renseigne avant pour trouver du travail.

Actuellement : elle est placée chez un couple de retraités où elle mène une vie un peu ralentie mais cependant normale. Honnête, douce, acceptant les conseils et les remontrances, elle manque d'initiative, et doit être surveillée dans son travail. Elle reste toutefois incapable de s'organiser seule.

Conclusion : amélioration très importante du comportement ayant permis une réinsertion partielle à l'extérieur : cette malade bénéficie en effet d'un milieu très accueillant lui permettant cette réadaptation.

Obs. 49 : Mme G... : 35 ans.

Malade hospitalisée définitivement le 21 juin 1955, elle avait été admise 6 fois dans le service depuis 1949. Il s'agit d'une malade opposante très ralentie, s'alimentant difficilement. Anxieuse, discordante, incohérente, elle est très impulsive. Elle présente une hostilité marquée envers ses parents et en particulier son père, elle fait preuve d'une indifférence absolue envers ses enfants et son mari. Elle est enfin hallucinée et entre des accès de mutisme, elle développe parfois des idées délirantes de négation.

En résumé : hébéphrène gravement atteinte présentant un délire de négation avec hallucination. Réactions antisociales marquées par des impulsions vives et parfois dangereuses.

Elle est lobotomisée le 19 juin 1961 : les suites opératoires sont normales ; dès le début on note une amélioration lente et progressive du comportement, qui se poursuit actuellement.

Actuellement ; il s'agit d'une malade agréable, déployant une assez grande activité dans le service et capable de prendre des initiatives. Six mois après l'intervention, elle a présenté un accès impulsif qui ne s'est pas renouvelé depuis. Elle s'intéresse maintenant à sa famille, se préoccupant fréquemment du devenir de ses fils.

Elle économise son pécule dans l'espoir de sortir, vraisemblablement peu probable, en raison de sa débilité mentale.

Conclusion : amélioration considérable du comportement chez une hébéphrène, se maintenant 2 ans après l'intervention. Son niveau mental rend toutefois problématique sa réinsertion sociale.

Obs. 50 : Mlle L... Janine : 35 ans.

Admise la 1^{re} fois le 1er Mai 1954 pour un vague état de stupeur avec mutisme, crises de larmes, grande activité onirique avec violentes "crises nerveuses", elle présente dans le service des idées délirantes polymorphes et floues à thème essentiellement poético-mystique.

En résumé : hétérophrénie grave avec d'importants troubles du comportement.

Elle est lobotomisée le 19 Juin 1961 : les suites opératoires sont normales et n'amènent aucune amélioration sensible. Elle sort au mois d'Août mais rechute dès le mois de septembre : refus d'alimentation, raptus suicidaire, impulsions etc ...

Actuellement : une cure de Sakel est en cours dont on ne peut apprécier encore le résultat.

Conclusion : échec total pour le moment, toutefois nous manquons ici de recul, certaines améliorations ne se dessinant qu'au bout de 2 à 3 ans.

Obs. 51 : Mme F... Jeannine : 30 ans.

Admise la première fois le 10 Mai 1958, il s'agit d'une malade réticente, présentant des interprétations délirantes mélancoliques qui seraient récentes. Il s'agit en fait d'un accès mélancolique atypique avec stéréotypie et délire mal systématisé.

Depuis plusieurs années, elle accuse des manifestations hypochondriaques avec accès d'agitation anxieuse et fugues épisodiques. Elle est par la suite hospitalisée tous les six mois environ ; son état évolue en se détériorant : elle présente rapidement d'importants troubles de la mémoire, de l'attention et du cours de la pensée. Elle demeure inactive affichant un désintérêt total à tout ce qui l'entoure, des idées prévalentes d'autoaccusation, une effectivité effondrée. Elle décrit avec angoisse un sentiment d'étrangeté d'elle-même et des autres.

Les hospitalisations se succèdent de plus en plus rapprochées sous formes d'accès dépressifs atypique avec bouffées confusionnelles tandis que le processus dissociatif devient envahissant.

Son apragmatisme mental et ses troubles du comportement (elle se promène toute nue et se masturbe devant tout le monde) s'aggravent d'une manière rapide et considérable.

En résumé : hétérophrénie-catatonie très évolutive.

Elle est lobotomisée le 19 Juin 1961 : les suites opératoires sont normales ; l'amélioration est lente mais progressive.

Actuellement : l'amélioration est considérable : elle ne présente plus d'apragmatisme mental ; elle a récupéré toute son activité familiale et sociale : beaucoup mieux insérée, elle est enfin beaucoup plus propre et a retrouvé son sentiment de la pudeur.

Conclusion : amélioration très satisfaisante. Elle bénéficie d'un cadre familial accueillant qui a permis une réinsertion presque totale.

Où s 52 : Mme G... Palmyre : 43 ans.

Hospitalisée la 1^{re} fois le 1er Avril 1942, il s'agit d'une jeune fille au comportement bizarre, sans goût, se refusant à tout travail, faisant des fugues immotivées ; elle présente une certaine hostilité vis à vis des parents.

Elle est hospitalisée à diverses reprises jusqu'en 1961 : elle présente des accès dépressifs atypiques avec de nombreuses interprétations délirantes mal systématisées. En outre elle manifeste une hostilité importante à l'égard des enfants, des sœurs violentes, refusant de s'occuper de son ménage et faisant des fugues très fréquentes.

Au cours de ses dernières hospitalisations elle se montre asthénique, incapable d'initiatives adaptées, refusant de rester auprès de ses enfants et de son mari.

En résumé : hétérophrénie d'évolution insidieuse avec graves troubles du comportement.

Elle est lobotomisée le 19 Juin 1961 : les suites opératoires sont normales ; l'amélioration est lente et progressive ; elle est très scrupuleuse et a besoin de se sentir surveillée et contrôlée dans ses occupations.

Actuellement : elle tient correctement son ménage, s'occupe parfaitement de son mari et de son fils, est capable de s'organiser seule et de prendre des initiatives.

Elle a repris goût à la vie, cultive les fleurs dans son jardin et présente une tonalité affective normale vis à vis de ses enfants et de son mari. Elle a très bien conscience de sa réadaptation et s'en montre satisfaite ; son état se maintient très bien malgré un mari très psychogène.

Conclusion : amélioration considérable ; réinsertion sociale totale.

A la suite de ces 52 observations d'hébéphrènes lobotomisées dans le service de 1949 à 1961, nous donnons ci-après les observations de celles lobotomisées en 1962. Toutefois, en raison du manque de recul suffisant ne permettant pas d'apprécier les résultats valablement, nous ne ferons pas entrer ces dernières observations dans notre statistique.

Obs 1 : Mme G... Liliane : 33 ans.

Hospitalisée la 1^o fois le 20 Juin 1961, il s'agit d'une débile mentale présentant des bizarreries du comportement depuis quelques mois : abandon immotivé de son travail, tentatives de suicide sans raison, exhibition de danses subitement chez elle, préparations curieuses de repas (un kilog. de tomates crues à déjeuner par exemple). Elle gâche son lit la nuit, ne s'occupe plus de ses enfants et laisse sa maison dans un désordre ahurissant.

Souriant de façon immotivée, le contact est mauvais, elle fuit l'entretien, élude les questions ; il n'y a pas de discours spontané.

Elle accepte passivement son hospitalisation, et passe sa journée à se dénuder et à se masturber.

En résumé : hébéphrénie évoluant sur un fonds de débilité mentale.

Elle est lobotomisée le 15 Octobre 1962 : les suites opératoires sont normales.

Actuellement : elle reste toujours aussi inactive dans le service, passant volontiers la majeure partie de la journée au lit. Toutefois le contact est meilleur, elle ne se masturbe plus ni ne se dénude comme elle le faisait avant l'intervention.

Conclusion : légère amélioration au bout de six mois.
En traitement.

Obs 2 : Mlle D... Paulette : 21 ans.

Hospitalisée en septembre 1959, elle est semi-mutique, son regard est fixe, elle présente de nombreux sourires immotivés, ses réponses sont monosyllabiques et floues.

Elle accuse un sentiment pénible d'étrangeté ; ses sentiments affectifs sont très perturbés. Son état s'aggrave progressivement avec de nombreux troubles du comportement, en particulier fugues avec tentatives de suicide. Les électroplexies et la cure neuroleptique restent sans effets.

En résumé : hébéphrénie rapidement évolutive.

Elle est lobotomisée le 15 Octobre 1962 : les suites opératoires sont normales, mais son état ne s'est pratiquement pas amélioré pour l'instant.

Obs 3 : Mlle C... Raymonde : 22 ans.

Hospitalisée le 9 Avril 1962, cette jeune fille est très réticente au début de l'entretien, son faciès est inexpressif et figé, ses yeux sont perdus dans le vague, elle présente un remarquable mimétisme gestuel. Très incohérente, malgré de nombreux barrages, elle extériorise un délire pauvre de type paranoïde, dominé par des manifestations d'étrangeté, de dépersonnalisation.

Son angoisse est intense, chaque bruit, chaque mouvement déclenchent un réflexe de frayeur.

Cet état évolue insidieusement depuis plusieurs années, aucune amélioration n'est apportée par la cure de Sakel ou par les neuroleptiques.

En résumé : hébéphrénie gravement évolutive.

Elle est lobotomisée le 15 Octobre 1962 : les suites opératoires sont normales ; le contact est rapidement meilleur, l'angoisse s'évanouit, mais elle reste toujours figée, inerte et lointaine.

Actuellement : elle est en cure de Sakel.

L'étude de ces observations, montre qu'on peut schématiquement distinguer deux groupes de malades : ceux chez lesquels la lobotomie n'a été suivie d'aucun résultat appréciable, et les autres chez lesquels elle a apporté une amélioration plus ou moins importante.

1 - Malades n'ayant pas ou peu bénéficiés de l'intervention

Nous en comptons 20 sur un total de 52, ce qui représente environ 40 % des hétérophrènes lobotomisés.

Chez ces malades, d'ailleurs, aucun traitement avant ou après l'intervention, n'a amené la moindre amélioration des troubles dont ils souffraient : il s'agit là de formes gravissimes évoluant assez rapidement vers la démence.

Il est toutefois intéressant de noter que :

- chez 10 de ces malades : l'échec a été absolument total, mais qu'il n'a pas été noté d'aggravation de l'affection et qu'on semble assister là à une stabilisation du processus morbide. (20% des malades de notre statistique)
- chez les 10 autres malades (soit 20% des cas), il a été noté une diminution de l'agressivité et de l'agitation sans autre amélioration clinique.

2 - Malades ayant bénéficiés de l'intervention

32 malades (soient 60 %) ont tirés un bénéfice indiscutable de cette intervention

Sur ces 32 malades on peut distinguer:

- 17 malades (30 %) : qui sont bien insérées dans le cadre hospitalier où elles mènent une vie à peu près normale. Leur sortie est impossible pour différentes raisons variables suivant les cas :
 - . débilite mentale : qui préexistait avant l'intervention.
 - . impossibilité de trouver un cadre familial accueillant
 - . présence d'un reliquat schizophrénique nécessitant une assistance psychiatrique suivie.
- 3 malades (5 %) : sont placées dans un hospice depuis plusieurs années dont une au pair.
- 12 malades (25 %) vivent actuellement au dehors, mais sur ces 12 :

- . 3 ont repris une vie absolument normale dans un milieu familial normal (Obs 5-43 -52)
- . 1 a repris une vie normale dans un milieu familial peu favorable (Obs 15)
- . 8 sont maintenues au dehors en raison d'un milieu familial compréhensif (sinon elle mènerait une vie normale en hospice, en général)

II - SCHIZOPHRENIES DE TYPE PARANOÏDE

=====

Obs 1 : Mlle D... de la F... : 53 ans.

Admise le 1^o Octobre 1946, elle présente un délire mégalomaniaque (elle est la reine de France), avec activité désordonnée : peinture, littérature, histoire. Elle accuse une baisse importante de l'activité ; ambivalente, elle présente parfois des accès d'agitation.

Le début est déjà ancien et remonte à plus de 5 ans.

Progressivement son état se détériore au fur et à mesure qu'elle se fait plus incohérente.

En résumé : schizophrénie de type paranoïde.

Elle est lobotomisée en Mars 1950 : les suites opératoires sont normales, son activité est toujours incohérente et devient enfantine ; elle se met à écrire des lettres avec des idées fantasmatiques, histoires compliquées, contes de fées.

Actuellement : elle présente un délire paranoïde vaste et florissant, mégalomaniaque et mystique.

Conclusion : échec complet.

Obs 2 : Mlle L... Marie-Louise : 69 ans.

Hospitalisée le 16 Juin 1950, elle présente un état psychopathique d'évolution déjà ancienne. Obnubilée, anxieuse, elle exprime des idées délirantes mal systématisées, accompagnées d'hallucinations auditives et cenesthésiques. Assez bien orientée, elle est cependant discordante et maniérée ; elle se montre enfin impulsive et présente des périodes d'agitation incohérentes.

En résumé : schizophrénie de type paranoïde.

Elle est lobotomisée le 22 Octobre 1951 : les suites opératoires sont normales ; le contact est rapidement plus aisé et elle n'exprime plus d'idées délirantes. Progressivement, elle prend part aux activités du service.

Actuellement : il s'agit d'une malade souriante, bavarde au contact toujours facile. Elle demeure toujours hallucinée et présente un délire assez mal systématisé mais n'entraînant plus de réactions antisociales.

Conclusion : amélioration importante du comportement, son état nécessite toutefois son hospitalisation définitive.

Obs 3 : Mme R... Hélène : 65 ans.

Admise la 1^o fois le 5 Juillet 1950 pour un délire de persécution avec agitation et idées désordonnées (injures à des passants devant chez elle, offenses sans raison à des voisins etc...). Dans le service, il s'agit d'une femme hostile, orgueilleuse, hautaine, ironisant sans cesse. Elle présente des hallucinations auditives et un délire polymorphe ; elle interprète en outre beaucoup. Souvent discordante, agitée et impulsive, sa sortie ne peut être envisagée.

En résumé : schizophrénie de type paranoïde.

Elle est lobotomisée le 22 Octobre 1951 : les suites opératoires sont normales ; mais elle demeure agitée et impulsive, aucune amélioration ne se dessine dans son comportement. Une cure de Sakel est alors pratiquée qui amène un léger mieux, dans l'immédiat. Après plusieurs sorties déçues, elle a définitivement quitté l'hôpital en 1956.

Actuellement : elle vit seule depuis le décès de son mari en 1958 ; elle organise bien son intérieur, s'occupe de ses travaux ménagers avec soin ; elle n'est plus hallucinée et ne présente plus aucune manifestation antisociale. Le contact est bon, la syntaxe est correcte, on peut difficilement admettre qu'elle ait été aussi profondément atteinte.

Conclusion : guérison presque complète, permettant une réinsertion sociale parfaite malgré sa solitude.

Obs 4 : Mme A... D... : 42 ans

Hospitalisée le 8 Décembre 1951, elle présente à son admission un délire polymorphe avec idées prédominantes

d'envoûtements, réactions violentes sporadiques sur un fonds d'hypersthénie importante, hostilité envers ses parents, mais comportement normal envers sa fillette de 4 ans.

Malade en général travailleuse, mais cependant insupportable dans le service et présentant des périodes de mutisme complet où elle se montre particulièrement maussade envers le personnel et les autres malades.

En résumé : délire mystique envahissant et comportement antisocial marqué.

La lobotomie est pratiquée le 17 octobre 1952 : les suites opératoires sont normales ; pendant plusieurs mois, la malade présente une perte importante de l'initiative motrice, une bradypsychie : elle fuit les autres malades pour s'enfermer dans la lecture.

Ce n'est que progressivement, au bout de six mois environ, que Mme A.... s'intéresse aux diverses tâches du pavillon et se réintègre à l'atmosphère du pavillon.

Actuellement : 11 ans après la lobotomie ; il s'agit d'une malade calme et docile qui a perdu son hypersthénie ; elle conserve ses idées délirantes mais ne les exprime plus et adopte une attitude indifférente à leur égard. Elle fait preuve d'une affection maternelle vis-à-vis de sa fille, mais conserve une hostilité marquée envers sa mère. Cette malade présente, malgré une certaine susceptibilité, un comportement normal envers les infirmières et les autres malades.

Il n'a pas été tenté de réintégration sociale chez cette malade, surtout en raison de la difficulté de lui trouver un cadre social adéquate.

Conclusion : amélioration importante et durable du comportement chez une schizophrène, permettant une très bonne insertion dans le cadre hospitalier.

Obs. 5 : Mme M..... Denis : 55 ans.

Admise le 20 septembre 1939 pour un état psychopathique caractérisé par de l'hyperthymie, de l'anxiété, des idées délirantes vagues de persécution et d'empoisonnement. Elle présente des troubles du cours de la pensée, de l'oppositionnisme et un refus d'alimentation. Elle est souvent agitée et impulsive.

En résumé : schizophrénie de type paranoïde.

Elle est lobotomisée le 9 mars 1953 : les suites opératoires sont normales ; calme et docile, elle restera toujours un peu obnubilée et indifférente.

Actuellement : elle est calme, travaille à l'épluchoir. Très appauvrie et indifférente, elle fixe mal les faits. Elle ne s'intéresse pas à sa famille qui la délaisse d'ailleurs un peu.

Conclusion : résultat médiocre.

Obs. 6 : Melle C.... Lucienne : 56 ans.

Il s'agit d'une débile légère qui a eu son CEP ; elle aurait fait vers l'âge de 6 ans un épisode encéphalitique post-grippal.

Hospitalisée le 7 août 1952, elle présentait un processus schizophrénique d'évolution déjà fort ancienne. Délire paranoïde prolix à mécanisme hallucinatoire "des voix intimes dans ma conscience me commandent de tout faire, tu es un train, tu es une fenêtre". Des impulsions brutales et fréquentes rendent cette malade particulièrement difficile : elle est très opposante et fréquemment agitée ; son comportement s'aggrave progressivement. Son vécu délirant entraîne une angoisse existentielle ressentie de plus en plus péniblement, elle s'enferme bientôt dans un autisme profond.

Au bout de quelques mois elle refuse de s'alimenter seule, ses impulsions deviennent plus fréquentes et plus graves.

En résumé : délire paranoïde avec hallucinations auditives. Pas de troubles marqués du cours de la pensée, mais troubles graves du comportement. Son état reste inchangé à la suite de nombreux essais thérapeutiques.

Elle est lobotomisée le 12 octobre 1953 : les suites opératoires sont normales. Au bout d'un mois, son état demeure inchangé : elle s'alimente toujours aussi difficilement.

Une cure de Sakel est alors pratiquée qui n'avait entraîné auparavant aucune amélioration sensible : très vite, elle accepte de s'alimenter seule et fait bientôt sa toilette (ce qui est tout-à-fait inhabituel chez elle). Mais elle se refuse toujours à travailler : ce n'est qu'au bout d'un an et demi qu'elle acceptera de se livrer à quelques tâches dans le service.

Actuellement : elle n'exprime aucune idée délirante ; elle a des mouvements de brusquerie lorsqu'elle est contrariée mais ne présente plus d'impulsions. Sa conversation est celle

de la débile qu'elle a toujours été, le contact est facile. Vivant sous la coupe de sa soeur paranoïaque, elle ne présente aucune initiative : habituée à une routine rigoureuse, elle est désorientée à la moindre modification de ses habitudes.

Conclusion : amélioration considérable du comportement chez une schizophrène déjà très ancienne présentant un délire bien fixé. Son niveau mental ne permet pas d'espérer une réinsertion sociale. Par contre, son insertion dans le cadre hospitalier est très satisfaisante et se maintient inchangée depuis 8 ans avec un traitement neuroleptique banal et peu intense.

Obs. 7 : Melle H..... Marie : 58 ans.

A son admission le 29 mars 1941, elle présente un état confusodéméntiel avec désorientation, bradypsychie, idées délirantes vagues et troubles graves de l'affectivité.

En fait les troubles de la mémoire et du cours de la pensée disparaissent rapidement tandis que s'extériorisent des idées d'influence, de démonopathie, sentiment confus d'une action extérieure, phénomène de prise de la pensée, de lecture de la pensée. Elle présente enfin une anxiété diffuse entraînant quelques réactions affectives paradoxales et discordantes.

Progressivement le délire devient de plus en plus envahissant, les hallucinations plus nombreuses qui la poussent à des réactions impulsives épisodiques, enfin un syndrome dissociatif s'installe qui devient rapidement grave.

En résumé : schizophrénie de type paranoïde évoluant sur un fonds de débilité mentale. Idées délirantes absurdes, impulsions fréquentes, agressivité.

Elle est lobotomisée en octobre 1953 après échec de toute autre thérapeutique : les suites opératoires sont normales, mais aucune amélioration ne se dessine. Une cure de Sakel est entreprise 2 mois après l'intervention entraînant une disparition rapide des impulsions tandis que le délire s'estompe plus lentement.

Actuellement : il s'agit d'une malade calme et docile. Elle s'adonne aux travaux ménagers et à la couture où elle fait preuve d'une activité importante mais superficielle.

Son délire est désormais enkysté : il a évolué vers une certaine systématisation : délire de persécution qu'elle accepte avec indifférence. Elle se montre parfois encore assez tourmentée.

Conclusion : cette malade qui présentait un délire paranoïde envahissant et une sorte "d'état de mal impulsif" a été améliorée de façon spectaculaire par la lobotomie.

Il ne peut être question de lui proposer une réinsertion, en raison de sa situation familiale d'une part, et de son reliquat délirant d'autre part. Elle se montre par contre parfaitement stable dans le cadre hospitalier.

Obs. 8 : Mme D. C. ... : 38 ans.

Hospitalisée la première fois en novembre 1952, elle présente des idées délirantes d'impuissance, d'autoaccusation et de suicide.

Les hospitalisations se succèdent, elle présente des idées délirantes de persécution entraînant des accès fréquents d'agitation psychomotrice. Un délire paranoïde de mécanisme hallucinatoire s'installe progressivement. La malade devient incohérente et discordante.

En résumé : schizophrénie de type paranoïde.

Elle est lobotomisée le 12 octobre 1954 : les suites opératoires sont normales ; les manifestations délirantes s'estompent rapidement, son état se normalise mais elle devient très ralentie : elle retourne toutefois dans sa famille. Elle rechute en 1958 et présente alors un délire extravagant qu'une simple cure neuroleptique décapite.

Actuellement : elle ne délire plus ; encore un peu ralentie, elle travaille régulièrement. Elle présente quelques troubles mnésiques et ne réclame pas sa sortie.

Conclusion : amélioration puis rechute facilement jugulée par une cure neuroleptique banale et peu intense. Elle nécessite toutefois une assistance psychiatrique suivie, mais se trouve désormais bien insérée dans le cadre hospitalier.

Obs. 9 : Mme D. R. ... : 50 ans.

Hospitalisée le 18 décembre 1953 pour un accès mélancolique avec obnubilation, raptus anxieux, idées délirantes à mécanisme hallucinatoire qu'elle expose avec réticence.

Elle a été hospitalisée à diverses reprises depuis plusieurs années pour des accès identiques cédant mal à l'électro-plexie.

Dans le service, son comportement est bizarre : son activité hallucinatoire est de plus en plus envahissante, tandis que la malade devient discordante et incohérente et plus anxieuse avec une activité revendicatrice de plus en plus marquée.

En résumé : schizophrénie de type paranoïde.

Elle est lobotomisée le 23 mai 1955 : les suites opératoires sont normales ; l'amélioration est lente et peu marquée, portant surtout sur la charge anxieuse.

Actuellement : elle est toujours hallucinée ; son délire est pauvre mais comporte toujours un thème de revendication.

Conclusion : résultat médiocre.

Obs. 10 : Melle C. Yvonne : 36 ans.

Hospitalisée pour la première fois le 12 mai 1953, il s'agit d'une malade présentant des idées délirantes d'envoutement et des hallucinations auditives prolixes avec ébauche d'automatisme mental. Elle présente par contre un bon tonus affectif et n'accuse pas de discordance.

La psychothérapie et la cure neuroleptique n'amènent qu'une amélioration médiocre et fugace.

Son état se dégrade progressivement : son comportement devient bizarre les hallucinations auditives deviennent de plus en plus importantes et de moins en moins systématisées, tandis qu'apparaissent des hallucinations cénesthésiques.

Toute thérapeutique devient inefficace, elle est bientôt opposante et présente des accès de mutisme.

En résumé : schizophrénie de type paranoïde avec troubles importants du comportement.

Elle est lobotomisée le 25 mai 1959 ; les suites opératoires sont normales ; son comportement s'améliore rapidement de façon considérable : les troubles caractériels disparaissent, son activité se normalise, elle devient coopérante et participe à des activités de groupe. On assiste à une disparition progressive des phénomènes psychosensoriels ; elle n'affiche plus aucune bizarrerie du comportement ; assez adhésive cependant, elle est sthénique par période, mais sans ampleur.

Actuellement : 4 ans après la lobotomie, elle conserve quelques idées délirantes mais sans charge anxieuse ni manifesta-

tions caractérielles. Elle est bonne à tout faire chez un médecin depuis 3 ans où elle se montre très active, bien adaptée et capable de prendre des initiatives. Elle profite de ses vacances pour faire des voyages (Italie, Espagne, etc...). Elle est en train de passer son permis de conduire pour s'acheter une voiture ; elle gère remarquablement son budget.

Conclusion : amélioration considérable : guérison presque complète.

Sur les 10 malades lobotomisés pour une schizophrénie de type paranoïde, les résultats se répartissent ainsi :

1 - Malades n'ayant tiré aucun bénéfice de l'intervention.

3 malades soient 30 % (Obs. 1-5-9) ne se trouvent pas améliorées, elles conservent un délire florissant mais toutefois plus pauvre et moins polymorphe.

2 - Malades ayant bénéficiées de l'intervention.

7 malades soient 70 % sont bien améliorées :

- 5 malades (50 % : Obs. 2-4-6-7-8) ont vu leur délire plus ou moins décapité et ne comportant plus de charge anxieuse. Elles gardent un reliquat délirant peu important, leur permettant de mener une vie normale dans le cadre hospitalier et sous surveillance psychiatrique suivie, mais ne permettant pas, en général, un séjour prolongé en dehors de l'hôpital

- 2 malades (20 % : Obs. 3 et 10) ont été guéries presque complètement malgré la gravité du processus schizophrénique dont elles étaient atteintes : l'une est bonne à tout faire chez un médecin, mène une vie normale bien adaptée et très active ; l'autre vit seule chez elle gérant parfaitement son budget.

Ces 2 dernières malades ne présentent actuellement aucune manifestation de leur état antérieur, malgré l'absence de traitement d'appoint.

III. - DELIRES CHRONIQUES

=====

Obs. 1 : Mlle S..... Pia Maria : 47 ans.

Hospitalisée le 31 octobre 1948 pour un état d'excitation avec maniérisme, théâtralisme, propos stéréotypés, et refus d'alimentation.

Dans le service elle présente un état d'exaltation psychique avec délire mystique à mécanisme hallucinatoire : elle se jette les bras en croix, persuadée qu'elle a une mission divine à accomplir. Très agitée, elle est incapable de se rappeler son passé. Elle présente enfin par intervalles, des accès de semi-mutisme avec conservation des attitudes.

En résumé : psychose hallucinatoire chronique évoluant sans rémission depuis plusieurs années, et rendant son séjour en dehors de l'hôpital impossible.

Elle est lobotomisée en novembre 1949 : les suites opératoires sont normales ; dès l'intervention elle se présente beaucoup mieux insérée, son théâtralisme disparaît, cette malade qui avait toujours été insomniaque dort désormais bien, enfin elle s'occupe assez régulièrement dans le service. Elle sort très améliorée de l'hôpital en 1954.

Actuellement : voici des extraits de la lettre que nous adressée la supérieure du monastère où cette malade est en ce moment religieuse : "après l'intervention son caractère vif et impressionnable se faisait sentir parfois, mais sa bonne éducation et son bon coeur faisaient bien vite oublier les saillies de nature qui lui échappaient ... Maintenant notre chère Soeur a repris une vie normale, on la sent bien un peu nerveuse aussi nous la ménageons et lui donnons 10 heures de sommeil".

Conclusion : amélioration très spectaculaire et sans rechute.

Obs. 2 : Melle C Louise : 57 ans.

Hospitalisée le 23 août 1950, il s'agit d'une malade qui présente une activité hallucinatoire importante depuis 7 ans. Hallucinations auditives obscènes entraînant des idées délirantes de persécution de structure paranoïde avec thèmes mystiques. Il s'agit en outre d'une débilité mentale légère.

Elle devient bientôt inerte, refusant toute alimentation, mais reste toujours aussi délirante.

En résumé : psychose hallucinatoire chronique avec activité hallucinatoire prolixie et refus d'alimentation, évoluant sur un fonds de débilité mentale.

Elle est lobotomisée le 23 octobre 1950 : les suites opératoires sont normales, mais elle demeure toujours aussi hallucinée avec accès périodiques d'agitation psychomotrice.

Actuellement : elle entend toujours des voix, des échos qui lui disent des obscénités. Elle est encore agitée sporadiquement, par contre elle ne présente plus de trouble des conduites alimentaires.

Conclusion : résultat médiocre.

Obs. 3 : Melle L..... Gabrielle : 65 ans.

Hospitalisée la première fois en 1947 pour des idées délirantes à thème de persécution et à mécanisme essentiellement interprétatif, elle présente en outre des hallucinations auditives et cenesthésiques. Elle fait par la suite plusieurs séjours dans le service, l'électroplexie n'amène qu'un résultat transitoire. Son état s'aggrave progressivement : à la veille de l'intervention, l'anxiété est très vive entraînant des périodes d'agitation violente, les idées délirantes se font très envahissantes.

En résumé : psychose hallucinatoire chronique.

Elle est lobotomisée le 23 octobre 1950 : les suites opératoires sont normales ; progressivement les idées délirantes s'atténuent, elle les exprime parfois encore mais sans conviction ; calme et docile, elle semble indifférente mais reste toutefois perméable à la psychothérapie individuelle et collective ; elle sort au bout de six mois, et semble s'adapter correctement dans sa communauté.

Actuellement : religieuse, elle mène une vie normale en communauté, ne bénéficiant d'aucun régime de faveur. Elle garde encore quelques manifestations délirantes qui toutefois n'entraînent aucune manifestation anti-sociale.

Conclusion : amélioration considérable ; bonne réinsertion en vie communautaire.

Obs. 4 : Melle V..... Marguerite : 68 ans.

Hospitalisée la première fois le 25 février 1944, elle présente un syndrome dépressif caractérisé par la prostration, de la douleur morale, des idées délirantes d'auto-accusation et d'indignité. Dans le service on observe un semi-mutisme, un air apeuré et du ralentissement psychique. Le début de cet état remonte à plusieurs années.

De nouveau hospitalisée en 1948, elle présente alors des idées délirantes de persécution à mécanisme interprétatif. Cet état évolue depuis sa précédente hospitalisation sur un fond mélancolique avec phases d'hypomanie transitoires. Son délire

est surtout dirigé contre les religieuses et tout ce qui touche à la religion. Elle est très revendicatrice, hostile envers son entourage et souvent très agressive. Son état d'une décevante chronicité malgré tous les traitements essayés, nécessite son hospitalisation définitive.

En résumé : délire de persécution sur un fonds paranoïaque.

Elle est lobotomisée le 23 janvier 1950 : les suites opératoires sont normales ; elle reste désormais calme et docile, on note toutefois un certain degré d'apathie dans les mois suivants : elle se lève difficilement de son lit après 3 ou 4 sollicitations, s'habille lentement et parle peu ; cet état de bradypsychie va cependant s'estomper progressivement. Elle va bientôt recevoir convenablement sa mère, et commencer à travailler ; elle n'extériorise plus aucune idée délirante.

Actuellement : malgré le décès de sa mère en 1959, elle a très bien pu s'organiser seule. Elle a déménagé pour trouver un loyer dans ses possibilités ; en plus de sa pension, elle travaille pour vivre plus largement : elle donne des cours du soir, et a même pris une bonne pour étendre son activité professorale.

Elle conserve ses anciennes relations ; joviale, elle se confie peut-être un peu trop facilement.

Conclusion : amélioration considérable : il s'agit presque d'une guérison, ayant permis une réinsertion totale, malgré sa solitude et la nécessité de s'organiser seule.

Obs. 5 : Mme P..... Madeleine : 48 ans.

Malade fréquemment hospitalisée depuis 1948 : hypersthénique, récriminatrice, elle présente des idées délirantes d'interprétation ainsi que des hallucinations auditives complexes et un syndrome d'automatisme mental.

Son hospitalisation est justifiée par un délire de persécution qui se fait de plus en plus envahissant, son agitation et son hostilité marquée vis-à-vis des voisins.

En résumé : psychose hallucinatoire chronique entraînant des réactions antisociales.

Elle est lobotomisée en octobre 1951 : les suites opératoires sont normales, l'hypersthénie disparaît progressivement, elle reste toutefois hallucinée. Toutes les sorties d'essai se sont soldées par des échecs en raison de l'hostilité persistante vis-à-vis des voisins.

Actuellement : elle reste toujours aussi hallucinée ; moins impulsive, elle est toutefois encore hostile.

Conclusion : résultat médiocre.

Obs. 6 : Mme P. Jeanne : 59 ans

Admise le 9 avril 1952, cette malade présentait des manifestations délirantes importantes à mécanisme hallucinatoire, avec syndrome d'automatisme mental, idées délirantes de persécution dirigées surtout contre ses patrons et ses compagnes d'atelier. Elle présente en outre des idées de suicide et des manifestations hypochondriaques imprécises de caractère obsessionnel.

Dans le service elle a souvent des réactions agressives contre certaines malades, réactions à son vécu délirant qui se systématisent de plus en plus.

En résumé : psychose hallucinatoire chronique avec réactions antisociales se développant sur un fonds de débilité mentale.

Elle est lobotomisée le 25 novembre 1952 : les suites opératoires sont normales ; rapidement une amélioration se dessine, elle extériorise toujours son délire mais le critique bientôt et reste indifférente à son contenu.

Actuellement : il s'agit d'une malade qui s'occupe normalement dans le service. Toujours délirante, son délire est peu extériorisé, sans charge anxieuse particulière et surtout sans réactions antisociales.

Toutefois sa réinsertion sociale ne peut être envisagée en raison de sa débilité mentale et de l'absence de soutien familial.

Obs. 7 : Mme B. Alice : 69 ans.

Admise une première fois en 1945, son hospitalisation définitive date du 12 juin 1947, elle présente des manifestations délirantes dont le début remonte à 1939. De mécanisme purement interprétatif au début ce délire devient envahissant, elle présente bientôt des hallucinations auditives complexes avec automatisme mental, écho de la pensée, répétition des actes.

Ces manifestations délirantes entraînent des récriminations et revendications fréquentes qui justifient son hospitalisation.

Dans le service il s'agit d'une malade hypersthénique ayant le verbe haut, accusant continuellement le personnel de maux divers, elle est de plus en plus agitée.

En résumé : psychose hallucinatoire chronique s'aggravant progressivement et sans rémission depuis 1939.

Elle est lobotomisée le 3 mars 1953 : les suites opératoires sont normales mais aucune amélioration n'est notée dans les mois et années qui suivent.

Actuellement : son délire moins structuré est de type paranoïde, elle demeure toujours aussi exigeante, caustique, récriminatrice.

Conclusion : aucune amélioration notable.

Obs. 8 : Melle S.... Léontine - 53 ans.

Admise le 18 janvier 1941, elle présentait un état délirant hallucinatoire évoluant depuis plusieurs mois, entraînant des idées de persécution, une anxiété avec périodes d'excitation psychique. Elle a été hospitalisée à la suite de nombreuses plaintes auprès de la police.

Dans le service son délire évolue progressivement, la malade devient impulsive frappant violemment de nombreuses compagnes, elle est redoutée dans son dortoir.

En résumé : psychose hallucinatoire chronique avec réactions antisociales.

Elle est lobotomisée le 19 octobre 1953 : les suites opératoires sont normales ; si elle est moins impulsive, aucune amélioration n'est notée par ailleurs.

Actuellement : il s'agit d'une malade bien orientée mais apathique et présentant un fond mental pauvre, et toujours hallucinée. Elle est toutefois beaucoup moins impulsive.

Conclusion : résultat médiocre.

Obs. 9 : Melle C..... Marie-Yvonne - 56 ans.

Admise la première fois dans le service pour des idées de persécution avec hallucinations visuelles et auditives évoluant sur un fond paranoïaque. Dans le service, elle se montre calme, docile mais très réticente, au début ; les caractères de sa personnalité paranoïaque vont toutefois rapidement s'extérioriser : hyper-

sthénique et orgueilleuse, elle se montre parfois agressive. Toutes les sorties d'essai entraînent des rechutes rapides.

Cet état qui évolue depuis de longues années, s'aggrave régulièrement.

En résumé : psychose hallucinatoire chronique.

Elle est lobotomisée le 19 octobre 1953 : les suites opératoires sont normales ; rapidement et pour la première fois elle extériorise son délire hallucinatoire, elle demeure toutefois calme et docile, et s'occupe aux divers travaux du service. Devant la persistance de son délire on pratique alors une cure de Sakel qui se montre très active sur ses hallucinations ; elle sort très améliorée en juin 1955. Elle a été de nouveau hospitalisée en 1961 et 1962, mais presque à titre préventif devant de nouvelles manifestations délirantes mineures.

Actuellement : elle est très améliorée, capable de participer aux activités de la communauté où elle est religieuse. Toutefois ses rechutes nécessitent épisodiquement (2 depuis sa lobotomie) une courte hospitalisation.

Conclusion : amélioration importante du comportement permettant une insertion valable en vie communautaire.

Obs. 10 : Melle C. Angèle - 62 ans.

Admise le 19 mai 1953, elle présente un délire de persécution à mécanisme essentiellement hallucinatoire évoluant depuis 2 ans au moins, elle est très réticente et n'expose que difficilement son délire.

Dans le service, il s'agit d'une malade présentant de fréquents accès d'agitation psycho-motrice.

En résumé : psychose hallucinatoire chronique.

Elle est lobotomisée le 15 mars 1954 : les suites opératoires sont normales. Après une amélioration de 6 mois elle devient agitée, revendicatrice, refusant catégoriquement tout travail.

Actuellement : il s'agit d'une malade inactive qui présente toujours une activité hallucinatoire intense.

Conclusion : échec total.

Obs. 11 : Melle C..... Henriette - 53 ans.

Hospitalisée le 15 janvier 1954, cètte malade exprime des délirantes de persécution avec phénomènes d'action extérieure ayant entraîné des idées de suicide.

Cet état évolue sur un fonds de débilité mentale depuis plusieurs années et ne cède pas aux neuroleptiques.

En résumé : psychose hallucinatoire chronique évoluant sur un fonds de débilité mentale.

Elle est lobotomisée le 15 mars 1954 : les suites opératoires sont normales ; son délire de persécution s'atténue lentement, elle ne présente plus d'idées de suicide.

Actuellement : elle entend toujours des voix malveillantes ou bienveillantes, mais ces hallucinations ne présentent aucune charge anxieuse et n'entraînent pas de réactions antisociales.

Conclusion : nette amélioration du comportement qui permet de brefs séjours dans sa famille, mais n'autorise pas une sortie définitive en raison de sa débilité mentale.

Obs. 12 : Mme P..... Olga - 52 ans.

Admise pour la première fois le 28 juin 1950, son admission définitive date du 10 mars 1954, à la suite d'une expertise mentale.

Cette malade présentait un délire de persécution avec anxiété et récriminations multiples (procureur, garde des Sceaux). Il s'agit en outre d'une débile mentale (QI = 0,67).

Il s'agit d'un délire à mécanisme hallucinatoire avec manifestations anxieuses entraînant des réactions antisociales de plus en plus graves, surtout envers son mari.

Son état s'aggrave progressivement dans le service, au fur et à mesure que son délire devient de plus en plus envahissant. De plus en plus anxieuse, elle se lamente continuellement, refusant bientôt de s'alimenter.

En résumé - délire chronique à mécanisme hallucinatoire chez une débile profonde, entraînant une anxiété vive et des réactions anti-sociales.

Elle est lobotomisée le 23 mai 1955 : les suites opératoires sont normales ; son état s'améliore lentement : indifférente

à son délire, son hostilité et ses réactions anti-sociales disparaissent. Malheureusement frappée d'hémiplégie gauche en 1958, il s'agit maintenant d'une infirme.

Conclusion : délire chronique bien amélioré par la lobotomie, elle demeure actuellement très euphorique malgré une hémiplégie qui l'a définitivement rendue infirme, sans toutefois altérer sa lucidité.

Obs. 13 : Mme G. Marie - 62 ans.

Hospitalisée le 10 avril 1954, cette malade présente depuis un an des idées délirantes de persécution à mécanisme hallucinatoire. Ses hallucinations deviennent de plus en plus intenses, son délire assez mal systématisé, à thème mégalomane avec idées de filiation devient envahissant. Des idées de jalousie la rendent très hostile envers son mari, ce qui justifie ses hospitalisations successives. Elle n'est améliorée que d'une manière fugace par les neuroleptiques.

En résumé : psychose hallucinatoire chronique.

Elle est lobotomisée le 23 mai 1955 : les suites opératoires sont normales ; rapidement le délire se trouve décapité, permettant sa sortie.

Actuellement : elle s'occupe normalement de son ménage, ne présente plus de manifestations délirantes ou du moins ne les extériorise plus ; elle affiche un comportement normal vis-à-vis de son mari ; elle reste toutefois méfiante et soupçonneuse mais sans que ceci prenne une teinte morbide.

Conclusion : amélioration très importante du comportement permettant une bonne réinsertion sociale.

oOo

Sur les 13 malades que nous avons suivi, les résultats se répartissent de la manière suivante :

1° - malades n'ayant tiré aucun bénéfice de l'intervention .

- 5 malades, soient 38 % n'accusent aucune amélioration ou presque

. 2 (Obs. 7 - 10) : restent sans amélioration

. 3 (Obs. 2 - 5 - 8) : présentent moins de troubles du comportement sans autre amélioration clinique.

2° - malades ayant bénéficié de l'intervention

- 3 soit 24 % (Obs 6 - 11 - 12) demeurent à l'hôpital : elles conservent encore quelques manifestations délirantes rendant difficile leur insertion, mais présentant une bonne insertion dans le cadre hospitalier.

- 5 soit 38 % sont sorties définitivement de l'hôpital :

. 3 (Obs 1 - 3 - 9) : sont des religieuses qui bénéficient de l'atmosphère favorable de leur communauté.

. 2 (Obs 4 - 13) : sont parfaitement réadaptées et sont presque guéries.

IV. - MELANCOLIE

=====

Obs. 1 : Mme M. Suzanne - 67 ans.

Hospitalisée à plusieurs reprises de 1948 à 1950, il s'agit d'une femme qui présente des manifestations anxieuses évoluant sur un fonds psychasthénique. Elle est continuellement angoissée, mangeant peu, dormant mal, son asthénie intense et persistante ne lui permet pas de mener une activité professionnelle normale (elle est institutrice). Cet état s'aggrave progressivement depuis plusieurs années sans rémissions, entraînant des idées de suicide incoercibles.

En résumé : mélancolie chronique avec forte charge anxieuse.

Elle est lobotomisée le 23 octobre 1950 : les suites opératoires sont normales ; l'anxiété disparaît complètement, de même que les idées fixes. Elle se montre calme, recherchant désormais le contact et critiquant sa situation antérieure. Elle sort au bout de quelques mois. Elle revient dans le service en novembre 1955 pour un état mélancolique banal : sensation vague de tristesse et de fatigabilité ; elle demeure toutefois très bavarde, charmante, analysant et critiquant ses troubles. Son mari nous affirme alors qu'elle avait repris dans son milieu familial une vie normale manifestant souvent et spontanément sa reconnaissance pour son intervention. Ce nouvel et banal accès a cédé facilement à une série d'électroplexies.

Actuellement : elle vit chez elle, avec son mari, où elle mène une activité absolument normale. Elle sort souvent, va chez des amis, ne fuit plus à l'approche de visiteurs. Elle reste encore un peu ralentie. "C'est une vie à laquelle je ne croyais plus il y a 13 ans" affirme son mari.

Conclusion : guérison presque complète permettant une réinsertion parfaite dans le milieu familial.

Obs. 2 : Mme Le C..... Gabrielle - 43 ans.

Hospitalisée pour la première fois le 21 août 1950, il s'agit d'une malade stuporeuse, présentant une profonde inhibition. Son anxiété est très vive, elle extériorise des idées de culpabilité et d'indignité qui ont entraîné des tentatives de suicide. Elle sort peu améliorée de l'hôpital. Par la suite son angoisse devenant de plus en plus envahissante son état s'aggrave considérablement, résistant à toute thérapeutique classique.

Cette affection qui remonte à plusieurs années évolue sans rémission et en s'aggravant, ne permettant plus son séjour hors de l'hôpital.

En résumé : mélancolie chronique à forte charge anxieuse.

Elle est lobotomisée le 19 avril 1951 : les suites opératoires sont normales ; l'amélioration se manifeste rapidement : la charge anxieuse disparaît, de même que les manifestations délirantes. Elle sort de l'hôpital au bout de 2 mois alors qu'elle mène une activité tout à fait normale dans le service. Elle est hospitalisée de nouveau en novembre 1957 pour un état dépressif banal : elle ne présente pas alors d'anxiété ni délire,, mais une simple sensation de fatigue qui cède rapidement à une thérapeutique banale.

Actuellement : elle vit avec son mari et 4 enfants nés depuis l'intervention. Sa maison est assez bien tenue, les enfants sont propres et bien habillés, elle mène une activité absolument normale chez elle.

Conclusion : guérison presque complète permettant une réinsertion parfaite dans le milieu familial malgré ses lourdes responsabilités.

Obs. 3 : Mme T.... Marie - 69 ans.

Hospitalisée le 29 mai 1951 ; elle est atteinte de dépression atypique avec idées délirantes d'auto-accusation et de culpabilité, et difficultés d'alimentation. Son état général est médiocre.

Dans le service, elle est inerte, semi-mutique, apathique très anxieuse, et extériorise difficilement des idées délirantes floues et mal systématisées.

En résumé : mélancolie délirante d'évolution très insidieuse.

Elle est lobotomisée le 22 octobre 1951 : les suites opératoires sont normales ; euphorique, plaisante, recherchant le

contact, elle extériorise plus facilement ses idées délirantes qui apparaissent mieux systématisées et ne présentent aucune charge anxieuse. Elle sort très améliorée au bout de quelques mois.

Actuellement : voici des extraits de la lettre de la supérieure de la communauté où cette ancienne malade est en ce moment religieuse : "elle mène une activité presque normale dans la communauté, nous veillons simplement à lui éviter les grosses fatigues et à lui confier un travail calme ... elle s'est bien réadaptée à la vie de la communauté, et pour qui ne l'a pas connue avant son opération, rien ne paraît normal en dehors peut-être de mouvements de mauvaise humeur insuffisamment justifiés dans les périodes de fatigue.

Conclusion : très importante amélioration permettant une bonne réadaptation en vie communautaire.

Obs. 4 : Melle B..... Marthe - 71 ans.

A son admission le 12 janvier 1951: cette malade présentait sur un fond de débilité mentale, un état de mélancolie chronique avec préoccupations hypochondriaques graves. En outre elle accuse une baisse importante du tonus affectif ; inerte, bradypsychique, elle refuse toute alimentation, son amaigrissement est impressionnant (28 kg pour 1 m 43).

Une série d'électroplexies est tentée sans succès suivie d'une cure de Sakel qui reste aussi sans effet.

Son état général s'aggrave progressivement, la malade devient de plus en plus inerte, tandis que son angoisse et ses idées hypochondriaques deviennent plus envahissantes.

En résumé : mélancolie chronique avec refus d'alimentation retentissant gravement sur l'état général. Angoisse et préoccupations hypochondriaques. Aucune amélioration clinique malgré l'utilisation de tout l'arsenal thérapeutique classique.

Le 16 avril 1951 cette malade est lobotomisée, les suites opératoires sont normales.

Dans les suites immédiates on note une amélioration rapide de ses conduites alimentaires ; elle est calme et lucide ; elle prend part aux travaux du pavillon.

Mais progressivement au bout de quelques mois s'installent des troubles importants du comportement : fugues, agitation avec incohérence verbale. On note aussi une certaine grossièreté.

Enfin elle paraît hallucinée, mais n'extériorise pas de délire. Ces troubles sont maximum environ deux ans après l'intervention.

A la suite d'une cure de Sakel et d'une série d'électrochocs : l'incohérence verbale diminue de même que l'agitation ; l'amélioration est lente mais régulière.

Actuellement : 12 ans après la lobotomie, la malade est calme et présente une grande activité dans le service. Elle s'occupe à la couture, met le couvert, fait la vaisselle. Elle ne présente plus aucun délire, ni préoccupations hypochondriaques. Elle fait le courrier "c'est la secrétaire du pavillon" : son écriture est régulière et bien ordonnée, ses lettres sont bien construites.

Elle reste toutefois d'une propreté douteuse et désordonnée (sa chambre est un véritable capharnaüm).

Elle n'a pas fait de rechute depuis son intervention.

Obs. 5 : Mme L..... T... - 53 ans.

Hospitalisée plusieurs fois pour un état de mélancolie anxieuse chronique et rebelle aux thérapeutiques les plus actives, elle présente des idées de culpabilité et de persécution avec tentatives de suicide.

Très angoissée, elle présente des hallucinations auditives qui entraînent ses manifestations délirantes. Son existence est une éternelle recherche d'un moyen de suicide.

En résumé : mélancolie chronique avec très forte charge anxieuse entraînant des idées de suicide.

Elle est lobotomisée le 23 octobre 1950 : les suites opératoires sont normales ; l'amélioration se dessine rapidement : l'anxiété disparaît puis son délire avec ses hallucinations.

Actuellement : elle arrive à se suffire à elle-même, mais elle mène une vie très instable, a de nombreux amants (ce qu'elle confie avec satisfaction à qui veut bien l'entendre) et travaille de façon très irrégulière. Elle présente par contre une affectivité normale à l'égard de ses enfants, s'inquiétant de leur avenir.

Conclusion : disparition presque complète des troubles qui avaient nécessité l'intervention, mais au prix d'une grande instabilité et d'une déviation du sens moral (qu'elle présentait d'ailleurs, mais à un moindre degré avant la lobotomie).

Obs. 6 : Mme H..... Juliette - 58 ans.

Hospitalisée le 23 août 1940 à la suite d'accès maniaco-dépressifs particulièrement intenses et fréquents rendant impossible son séjour hors de l'hôpital. Il s'agit d'une débile mentale, souvent agitée, grossière, insolente, agressive, présentant des manifestations hallucinatoires et des idées de persécution.

Cet état remonte à 1935 ; il s'aggrave progressivement, la malade devient maniérée, incohérente mais présente des réactions affectives sensiblement normales.

En résumé : psychose maniaco-dépressive évoluant sur un fonds de débilité mentale.

Elle est lobotomisée le 18 décembre 1954 : les suites opératoires sont normales ; elle devient alors apathique, mal-propre, se refusant à tout travail manuel, elle est par contre moins agitée. Une cure de Sakel est alors tentée qui amène une nette amélioration dans son comportement, elle garde toutefois encore ses idées de persécution ; moins grossière elle conserve encore un vocabulaire imagé.

Actuellement : il s'agit d'une malade qui s'occupe un peu mais manque d'initiative. Assez bien adaptée, elle ne délire plus, est bien orientée, mais demeure indifférente et accueille ses enfants sans chaleur affective.

Conclusion : amélioration importante sur le plan des accès qui se sont complètement tari, mais sa débilité mentale et sa bradypsychie n'autorisent pas sa sortie.

Obs. 7 : Mme F.... M.... Florence - 55 ans.

Admise pour la première fois le 4 octobre 1952, il s'agit d'une malade calme, lucide, bien orientée et présentant depuis plusieurs mois de l'inappétence, une insomnie rebelle, une anxiété tenace entraînant des pleurs fréquentes. Elle ne s'occupe plus de son ménage. Une série d'électroplexies n'amène qu'une amélioration légère et transitoire. Elle sort, mais son anxiété demeure et augmente progressivement tandis que se greffent des manifestations névropathiques de plus en plus marquées.

Elle est de nouveau hospitalisée au bout de 3 ans pour une agitation anxieuse avec théâtralisme, gesticulations incessantes. Cet état est en fait chronique depuis sa dernière admission, il n'a fait qu'empirer lentement.

Cet état d'anxiété qui rend cette malade "insociable",

résiste à toute chimiothérapie ; il évolue en outre sur un fonds de débilité mentale.

En résumé : mélancolie chronique supportant une forte charge anxieuse.

Elle est lobotomisée le 25 mai 1959 : les suites opératoires sont normales : l'amélioration est lente, l'anxiété diminue progressivement de même que les manifestations névropathiques.

Actuellement : elle bénéficie de l'attention soutenue de son mari ; elle se livre normalement à tous les soins du ménage. Elle n'a pratiquement plus aucun traitement (simple sédatif le soir). Elle nous confie spontanément qu'elle est "aussi heureuse de vivre, qu'elle était triste et anxieuse dans les 7 années qui ont précédé l'intervention".

Conclusion : amélioration considérable que la malade ressent profondément. Il s'agit presque d'une guérison ici.

Obs. 8 : Mme B. Fernandé - 67 ans.

Elle est hospitalisée le 5 mars 1959 pour un état de mélancolie anxieuse avec idées hypochondriaques et tentative de suicide.

Elle présente des manifestations hypochondriaques mineures depuis de nombreuses années, mais depuis un an environ, ces troubles ont pris une importance et une note angoissante particulière.

Dans le service, il s'agit d'une malade toujours angoissée, refusant d'être seule car elle craint la solitude et n'acceptant pas de sortir de sa chambre. Elle se plaint d'algies diverses qui prennent parfois une intensité intolérable : elle a d'ailleurs été admise de nombreuses fois à l'hôpital général depuis plusieurs années où on lui a pratiqué de multiples examens : radiographies de tout le squelette, examens approfondis des appareils cardiaque, pulmonaire, urogénital à diverses reprises et toujours négatifs.

En mars 1959, cet état supporte une si forte charge anxieuse que la malade tente de se suicider (défenestration en particulier).

En résumé : mélancolie anxieuse avec manifestations hypochondriaques et algies diverses.

Elle est lobotomisée le 13 juin 1960 : les suites opératoires sont normales ; toutes les manifestations hypochondriaques disparaissent rapidement de même que la tension anxieuse.

Elle se montre aimable, travailleuse, prenant une part active aux activités du service.

Actuellement : elle n'accuse plus aucun trouble, s'occupe normalement de son ménage et de sa cuisine, ayant même en pension sa fille et son gendre. Cette amélioration est considérable lorsqu'on sait qu'elle avait cessé toute activité chez elle depuis de longs mois avant l'intervention.

Conclusion : guérison complète, vie absolument normale dans sa famille.

oOo

Nous avons dans cette série d'observations 8 malades qui ont toutes bénéficié de l'intervention.

1°/ - une malade s'écarte de cette statistique :

Il s'agit de la malade de l'observation 5 : les troubles qui ont nécessité son hospitalisation ont bien disparus, mais elle présente désormais une déviation importante du sens moral. Ses tendances érotiques existaient bien avant l'intervention, mais elles ont été amplifiées notablement depuis.

Il s'agit là du seul exemple dans notre statistique d'atteinte du sens moral et donc d'une aggravation consécutive à l'opération.

2°/ - toutes les autres malades ont largement été améliorées.

7 sur 8 soient 87,5 % ont tiré un bénéfice indiscutable et durable de la lobotomie :

- 2 restent à l'hôpital où elles mènent une vie normale dans le cadre hospitalier.

. une (Obs. 6) ne peut sortir en raison de sa débilité mentale.

. l'autre (Obs. 4) n'a aucune famille pour l'accueillir.

- 5 vivent désormais au dehors :

- . quatre (Obs. 1 - 2 - 7 - 8) sont pratiquement guéries.
- . une (Obs. 3) bénéficie du cadre favorable d'une communauté religieuse.

En fait si on excepte l'observation 5 où les troubles psychiques qui avaient nécessité l'intervention ont complètement disparu, la statistique est alors la suivante :

- 72 % de guérisons
 - 28 % d'insertions valable dans le cadre hospitalier
 - pas d'échecs.
-

V - PSYCHONEVROSE OBSESSIONNELLE

=====

Obs 1 : Mme M... Madeleine - 35 ans

Hospitalisée le 3 avril 1949 pour un état dépressif avec scrupules, obsessions, son état remonte à 1940. Elle a toujours présenté de nombreuses phobies et idées obsédantes : peur d'être toujours sale, crainte de faire de mauvaises actions, d'avoir des pensées impures. Cet état évolue sur un fond d'anxiété continuel la rendant inapte aux relations sociales et à une activité professionnelle. A la veille de l'intervention son état est tel qu'elle ne peut communier, ayant "de mauvaises idées entre le moment où elle s'est confessée et celui où elle doit recevoir l'hostie", elle refuse de prendre certains médicaments, ayant l'impression d'avaler une hostie à la place d'un comprimé. Elle vit dans une angoisse absolue.

En résumé : psychonévrose obsessionnelle

Elle est lobotomisée le 29 Octobre 1949 : les suites opératoires sont normales; ses scrupules et ses idées obsédantes disparaissent progressivement; au bout de six mois elle retourne chez elle travaille régulièrement ; elle cherche un travail à l'extérieur. Au bout d'un an elle mène une vie normale : elle passe le concours de commis des services extérieurs de la défense nationale où elle est reçue, elle se marie par la suite en 1956.

Actuellement : l'amélioration se maintient sans rechute.

Conclusion : guérison presque complète.

Obs 2 : Mlle C... Yvonne - 60 ans

Hospitalisée une 1ère fois en 1955, son hospitalisation définitive date du 6 mars 1956 : malade intelligente, instruite, atteinte de troubles psychonévrotiques avec algies diverses, délire hypochondriaque avec interprétations multiples, récriminations continuelles et réactions revendicatrices.

Ces troubles remontaient à 1952; ils seraient apparus peu après une hystérectomie : sensations de boules pharyngées ou rétrosternales, spasmes digestifs, crises d'étouffement, poids et striction sur la poitrine. Elle redoute l'arrêt du coeur au cours de ces paroxysmes qui amènent une angoisse extrêmement pénible. Accaparée par ces troubles, insomniaques depuis plusieurs mois, son état général est médiocre.

Aucun traitement chimique de même qu'une psychothérapie intensive n'ont amené la moindre amélioration.

Résumé : psychonévrose obsessionnelle avec délire hypochondriaque et interprétations multiples se développant en réseau. Vie impossible en dehors du milieu hospitalier.

La lobotomie est pratiquée le 19 mai 1958 : les suites opératoires sont normales. On assiste au bout de plusieurs mois à une disparition presque complète des manifestations délirantes hypochondriaques, tous les signes de la série névrotique se sont considérablement atténués.

Actuellement : il s'agit d'une femme de comportement presque normal, elle conserve quelques manifestations hypochondriaques de temps à autre qui cèdent parfaitement à une thérapeutique banale. Elle conserve toutefois des éléments de sa personnalité paranoïaque.

Le problème posé est désormais surtout d'ordre social : il s'agit d'une malade qui pourrait parfaitement sortir mais qui se trouve sans famille ou ami pouvant l'aider au dehors; en raison de son âge, une réinsertion paraît bien aléatoire, d'ailleurs elle se refuse à demander sa sortie.

Obs 3 : Mme M... Renée - 56 ans

Hospitalisée pour la 1ère fois le 4 décembre 1939, pour une dépression de type psychasthénique avec phobie du toucher. Dans le service elle présente des signes atypiques : indifférence à l'égard de l'entourage, inertie, petits symptômes de discordance. Elle est incapable de se livrer à un travail quelconque par l'idée fixe que tout travail manuel souille irrémédiablement les mains, par l'habitude impérieuse d'ablutions manuelles extrêmement fréquentes, enfin par un état affectif fait d'anxiété, de pulsions douloureuses, d'insatisfactions, à peine modifié par l'accomplissement de l'acte obsédant. Elle a conscience toutefois de la morbidité de cet état.

Elle n'est pas dissociée mais elle présente des manifestations d'apragmatisme avec tendance à l'isolement.

Elle sort de l'hôpital, pour gagner rapidement sa chambre et n'en plus sortir. Lorsqu'elle est de nouveau

hospitalisée en mai '1960, elle est alitée depuis 10 ans mangeant très peu, elle est très asthénisée, son état général est médiocre, elle est considérablement amaigrie.

En résumé : névrose obsessionnelle avec phobies.
Isolément absolu, état général médiocre.

Elle est lobotomisée le 13 juin 1960 : les suites opératoires sont normales, mais aucune amélioration ne se dessine dans les mois qui suivent.

Actuellement : Aucune amélioration, elle garde ses mêmes phobies ; seul le mari a le droit de pénétrer dans la maison et encore en observant certains rites.

Conclusion : échec total.

Obs 4 : Mme S... Huguette - 49 ans

Admise pour la 1ère fois le 30 mars 1957, elle présente des troubles névropathiques importants avec algies diverses, contractions douloureuses, spasmes etc... Cet état évolue depuis une vingtaine d'années environ, mais s'aggrave progressivement. Ancienne institutrice, elle a dû complètement abandonner son travail. Son angoisse est ressentie avec une intolérable intensité : elle gémit continuellement en suppliant de lui donner des calmants. A la veille de l'intervention ses douleurs sont devenues insupportables. Toute thérapeutique échoue désespérément.

En résumé : grave névrose hypochondriaque avec algies et spasmes divers.

Elle est lobotomisée le 15 octobre 1962 : les suites opératoires sont normales ; l'amélioration peu nette au début, se fait lentement progressivement au bout de 2 mois.

Actuellement : 7 mois après l'intervention, elle est calme et tranquille, complètement débarrassée de ses algies. Détendue, elle est complètement transformée, elle ressent d'ailleurs avec un plaisir intense cette guérison inespérée. Elle compte reprendre ses activités normales dans les plus brefs délais.

Conclusion : malgré le peu de recul que nous avons, on peut parler ici d'une guérison. Toute thérapeutique avait échoué avant, maintenant elle se trouve libérée de ses angoisses et de ses troubles depuis 4 mois environ.

Nous ne bénéficions que de 4 malades, les résultats restent cependant évocateurs.

1°/ - malade n'ayant tiré aucun bénéfice de l'intervention (Obs. 3) son état reste identique à celui qu'elle présentait avant l'intervention, sans amélioration ni aggravation.

2°/ - malades ayant bénéficié de l'intervention :

Elles sont pratiquement toutes guéries : il s'agit là de résultats brillants et d'autant plus satisfaisants que les malades ressentent profondément cette amélioration.

ooooOoooo

VI. - DESEQUILIBRE MENTAL

Melle M..... Antoinette - 36 ans.

Hospitalisée la première fois le 1er décembre 1945 pour des troubles de l'humeur et du caractère avec refus d'alimentation chez une débile mentale. Dans le service elle se montre agitée, agressive, grossière et revendicatrice.

Cet état évolue sans amélioration depuis de longues années.

En résumé : déséquilibre mental chez une débile mentale.

Elle est lobotomisée le 18 juillet 1949 : les suites opératoires sont normales ; on assiste par la suite à une amélioration considérable de l'humeur : calme et polie, elle se mêle correctement à la vie du service, et entreprend de petits travaux à la couture. Toutefois par moment, lorsqu'elle est contrariée, elle se montre encore impulsive et grossière. Progressivement l'amélioration se poursuit permettant un transfert en hospice, mais ne lui permettant pas un travail à l'extérieur en raison de son niveau mental (âge = 10 ans au Binet et Simon). Par la suite elle a été hospitalisée 2 fois dans le service, à la suite de manifestations caractérielles ...

Actuellement : elle est mariée et a un bébé de 1 mois ; elle ne sait pas s'organiser et a conscience de son incapacité. Il s'agit toujours d'une débile mentale mais qui ne présente plus de manifestations caractérielles.

Conclusion : normalisation du comportement chez une jeune femme qui reste toujours débile.

oOo

C'est le seul cas que nous possédons, ne nous permettant pas d'évoquer une statistique.

RESULTATS GLOBAUX

Nous réunissons dans ce chapitre les résultats globaux, ils varient essentiellement suivant les indications : brillants dans les mélancolies chroniques à forte charge anxieuse ou dans les psychonévroses obsessionnelles, intéressants dans les délires chroniques, ils sont par contre moyens dans les schizophrénies.

1 - RESULTATS DANS LES SCHIZOPHRENIES

I - Dans les hébéphréno-catatonies : nous avons obtenu

- 40 % d'échecs
- 30 % de réinsertions valables dans le cadre hospitalier.
- 15 % de sorties grace à un milieu familial très compréhensif.
- 15 % de guérisons presque complètes

II- Dans les schizophrénies de type paranoïde :

- 30 % d'échecs
- 50 % de réinsertion dans le cadre hospitalier.
- 20 % de guérison presque complète.

On voit que les résultats sont plus satisfaisants dans les formes paranoïdes de la schizophrénie que dans les formes hébéphréniques, en effet si on met les résultats en parallèle, on obtient :

- | | |
|-------------------------------|------|
| - 20 % de guérisons contre | 15 % |
| - 50 % d'améliorations contre | 45 % |
| - 30 % d'échecs contre | 40 % |

2 - RESULTATS DANS LES DELIRES CHRONIQUES

Ici le nombre de "guérisons sociales" est plus élevé que dans les schizophrénies bien que les échecs soient aussi nombreux en effet :

- 38 % de guérison sociale.
- 24 % de bonnes insertions dans le cadre hospitalier.

- 38 % d'échecs

3 - RESULTATS DANS LES MELANCOLIES

Les résultats apparaissent ici particulièrement brillants, nous avons en effet obtenus :

- 72 % de guerisons
- 28 % de réinsertions valables dans le cadre hospitalier
- aucun échec.

4 - RESULTATS DANS LES PSYCHONEVROSES OBSESSIONNELLES.

- 75 % de guerisons
- 25 % de résultats nuls.

5 - RESULTATS DANS LES DESEQUILIBRES PSYCHIQUES

Nous ne pouvons pas évoquer ici de statistique, n'ayant qu'une malade à notre disposition.

CONCLUSION

Il ressort de ces résultats que les mélancolies chroniques à forte charge anxieuse et les psychonévroses obsessionnelles rebelles à toutes thérapeutiques classiques représentent une indication formelle de la lobotomie.

Les résultats sont encore intéressants dans les délires chroniques où près de 40 % de lobotomisées ont pu être rendues à leur famille, permettant légitimement de poser l'indication de cette intervention chez les malades non améliorées par les neuroleptiques et qui gardent des manifestations délirantes à type de délire de persécution surtout, entraînant des réactions antisociales graves ou des menaces d'autodestruction.

Les résultats apparaissent moins brillants chez les schizophrènes, toutefois il faut souligner que la lobotomie représente ici une intervention ultime pour stopper le processus évolutif. Dans ces conditions l'évolutivité de l'affection et les troubles du comportement sont deux facteurs de choix pour poser l'indication de l'intervention (indépendamment de l'inefficacité des thérapeutiques classiques); ainsi, si un hébéphrène sur deux et un paranoïde sur trois ne sont pratiquement pas améliorés par la lobotomie, les autres voient par contre le processus dissociatif endigué, et certains d'entre eux bénéficient d'une guérison inespérée.

ooooOoooo

Nous avons repris 30 malades du point de vue électroencéphalographique dans les jours qui ont précédé la publication de ce travail. Ce bilan se trouve éloigné de la date des interventions. Les plus récentes, en minorité, se situent aux environs de 1960 et s'échelonnent pour les autres de 1950 à 1958.

Pour la plupart des sujets considérés, à quelques exceptions près, un tracé avait été enregistré avant l'opération ; 21 tracés sur 25 ne comportaient pas alors d'expression pathologique ; 3 tracés "plats" présentent actuellement un alpha bien synchronisé. Cette évolution citée pour mémoire ne concorde qu'une fois avec l'amélioration évidente de l'état clinique.

En ce qui concerne les 4 tracés qui présentaient des anomalies avant la lobotomie, il s'agissait d'anomalies mineures de type déficitaire pour des sujets entre 40 et 50 ans. Une fois ces modifications ont disparu, pour les 3 autres tracés il existe actuellement des anomalies d'importance moyenne.

Au total, dans les tracés effectués ces jours-ci, on note un premier groupe d'aspect "normal" qui se trouve correspondre loin de l'intervention, dans la majorité des cas, à un comportement bien adapté du sujet (alpha de fréquence habituelle bien synchronisé sur les régions occipitales avec une bonne réaction d'arrêt et un entraînement physiologique à la S. L. I.).

Un deuxième groupe de malades présentent des altérations de type déficitaire. Il s'agit de malades dont l'amélioration clinique est nuancée ou inapparente et soumis à un traitement important par neuroplégiques, un certain nombre d'entre eux, comme il est signalé plus haut, avaient des tracés avec quelques anomalies avant l'intervention.

Enfin un troisième groupe est constitué par 7 malades qui ont présenté des crises comitiales isolées, maintenant anciennes, et non évolutives ; ils ont eu des anomalies paroxystiques dégradées diffuses ou temporales peu après les accès qui ont disparu ou qui persistent, discrètes, sans évolution clinique. Ces cas de comitialité se résument pour la plupart à une seule crise ou à quelques crises généralisées et il se confirme que le syndrome comital est peu évolutif puisque ces malades bien qu'ils aient des barbituriques, bénéficient aussi d'un traitement par neuroplégiques qui ne pourraient pas être maintenu chez un sujet présentant de nombreux accès.

Les tracés qui présentaient des ondes lentes antérieures souvent décrites par certains auteurs après la lobotomie (cf. Activité électrique du cerveau et structure mentale en psychochirurgie - Zéna HELMAN, P. U. F.), et constatée par nous-mêmes, ont retrouvé un aspect normal.

REEDUCATION DU LOBOTOMISE

Le but principal de la lobotomie préfrontale est de pouvoir intervenir chez un malade devenu réfractaire aux thérapeutiques habituelles. L'espoir le plus légitime du médecin est la possibilité d'une réadaptation sociale. Aussi chez le malade qui s'est réfugié dans la maladie mentale, dans un univers partiellement imaginaire qu'il a plus ou moins "restructuré", le rôle du psychiatre apparaît comme un facteur indispensable de rééducation et de réinsertion sociale.

P. TUBERY admet les règles essentielles suivantes :

- le plus important des symptômes morbides doit avoir disparu.
- le sujet doit avoir des compétences professionnelles antérieures à sa maladie (l'absence de profession antérieure représentant un lourd handicap).
- il doit être l'objet d'une contrainte extérieure de réemploi (impératifs économiques, familiaux, ou milieu à conscience collective puissante).

Il souligne enfin le rôle du psychothérapeute : "dans le cas où la guérison est stable et où le malade possède une personnalité assez riche, le psychothérapeute peut aider prudemment à cette prise de conscience et susciter des réactions basées sur les sentiments encore vivants chez le lobotomisé en vue de faire servir son travail à l'achèvement de sa personnalité".

FREEMAN souligne que certains sujets se conduisent mieux dans le milieu social après qu'avant leur intervention. D'autres reprennent le même niveau social et l'auteur donne comme exemple des magistrats, des chefs d'entreprise, des ingénieurs et même un médecin qui ont pu reprendre leur activité. Mais nombreux sont ceux qui toutefois, bien que pouvant vivre chez eux, sont plus lents, moins soigneux et nécessitent une adaptation familiale.

Mme S. COSYNS-DURES insiste sur l'importance et le caractère indispensable de la psychothérapie après lobotomie. Elle en décrit les modalités suivantes :

- rééducation et réadaptation de l'opéré en vue de sa réintégration familiale et sociale.
- traitement éventuel du reliquat des troubles mentaux.

Cette psychothérapie ne peut se concevoir comme une thérapeutique vague, encourageante, peu systématisée, et pas davantage comme une méthode d'inspiration psychanalytique.

Elle doit être directive et rationnelle. Si dans certains cas, une psychothérapie persuasive, bénéficiant du contact affectif qui s'établit entre la malade et le thérapeute, peut suffire à faire disparaître rapidement toute séquelle psychique morbide, dans d'autres cas, une psychothérapie longue et plus profonde pourra s'imposer.

Le problème de la rééducation du lobotomisé est en fait extrêmement vaste, il dépend d'une part de la psychothérapie post-interventionnelle, d'autre part, le cas échéant, des possibilités de réintégration dans le milieu familial ou dans un milieu adéquate.

Le rôle du psychiatre est en effet primordial ; il est d'abord fondamental que le malade soit suivi par l'équipe médico-sociale qui l'a examiné et traité avant l'intervention ; le choc opératoire passé, le malade a besoin de se sentir dans l'ambiance reconfortante qu'il a connu depuis le début de son hospitalisation et dans laquelle il a accepté son intervention.

Au début, il ne semble pas qu'il soit nécessaire de faire une psychothérapie intense, mais plutôt d'adopter une attitude conciliante de réconfort moral. Souvent le malade affiche après son intervention des troubles presque identiques à ceux qu'il présentait précédemment : une psychothérapie directionnelle peu accusée mais quotidienne est alors préférable à de longs entretiens stériles.

Le rôle du personnel infirmier est également considérable : il doit guider le malade, lui suggérer de prendre part progressivement aux différentes activités du service, sans faire preuve d'une fermeté excessive ou de mollesse : il importe alors d'observer toute une gradation d'épreuves capables d'intéresser le malade. L'ergothérapie prend ici une valeur considérable dès la troisième semaine. Au début le malade participe aux activités les plus banales du ménage et de la vaisselle, puis, plus ou moins rapidement, il est conduit vers les ateliers d'ergothérapie où il peut déployer une activité plus fine et organisée : couture, tricot, etc..

Parallèlement des exercices de sport d'abord purement personnels puis par équipe sont pratiqués, enfin la danse représente parfois un appoint utile.

En même temps ils sont conviés à écrire à leur famille, à lire des journaux, et bénéficient de la radio, de la télévision et du cinéma.

Fréquemment, en raison de la longue "désinsertion" qui a précédé la lobotomie, la rééducation est laborieuse, mais elle demeure le seul espoir d'améliorer le malade qu'il ne faut jamais

abandonner : les améliorations sont assez rares avant six mois et fréquentes au bout de 1 à 2 ans. Il faut enfin, comme le souligne G. DAUMEZON, lui éviter toute situation insolite.

Un autre facteur également très délicat est celui de la réinsertion sociale. Chez bien des malades réintégrés à la structure hospitalière, il serait souvent possible de tenter une réinsertion sociale, malheureusement, souvent aussi, des difficultés insurmontables s'y opposent.

Il est certain que chez un malade qui a vécu de longues années dans un hôpital psychiatrique, la sortie définitive représente un phénomène capable, si les conditions de vie entraînent une rupture trop brutale, de la faire rechuter.

Ainsi suivant les cas, la nécessité d'une ambiance familiale conciliante, ou d'un travail en hospice les mettant peut à l'épreuve au début, sont-ils nécessaires. Malheureusement, la psychothérapie conduite par le psychiatre à l'hôpital, et qui, sur son conseil, devrait être poursuivie par la famille ou par ceux qui emploient le malade, est souvent abandonnée, entraînant parfois des rechutes qui restent toutefois alors encore accessibles aux thérapeutiques classiques et à la psychothérapie, mais qui peuvent décourager une tentative ultérieure.

Aussi, indépendamment de l'état somatique du malade, nous devons souligner le rôle psychothérapeutique du psychiatre et la possibilité ultérieure de trouver au malade le cadre social qui lui convienne.

RECHUTES ET SEQUELLES

Des réchutes sont possibles après une amélioration fugace ou parfois appréciable : elles deviennent toutefois fréquemment accessibles aux thérapeutiques classiques.

Des séquelles sont également possibles : en particulier des troubles de la personnalité et l'éventualité d'épilepsie tardive. Quant aux complications post-opératoires immédiates (hémorragies, collapsus cardiaque) ou secondaires (hémorragies, infection, complications générales) elles sont peu fréquentes et ne diffèrent pas de celles de la plupart des interventions neuro-chirurgicales.

I - RECHUTES APRES L'INTERVENTION

Les modalités d'évolution clinique à la suite de l'intervention sont variables :

- parfois l'état reste inchangé
- parfois l'amélioration se fait lentement et progressivement, sous l'influence de la rééducation
- ailleurs enfin, après une amélioration lente ou rapide, fugace ou déjà ancienne, le malade rechute, se retrouvant dans un état clinique voisin de celui qu'il représentait avant l'intervention.

C'est cette dernière éventualité qui représente un nouvel intérêt : le malade étant alors souvent sensible aux thérapeutiques classiques.

Tel schizophrène chez lequel les neuroleptiques et la cure de Sakel avaient échoué, réagit parfois remarquablement à ces mêmes thérapeutiques à la suite d'une rechute post-lobotomique. De même chez les délirants et les mélancoliques chroniques en particulier.

Il s'agit là d'une modalité toute particulière d'amélioration, qui n'est pas rare.

II - TROUBLES DE LA PERSONNALITE

Les troubles de la personnalité sont très diversement appréciés.

Le Professeur BARUK évoque la possibilité de troubles

importants de la personnalité "il est bien évident, affirme-t-il, que l'émotivité, l'affectivité, jouent un rôle considérable dans la personnalité. Un homme peut avoir gardé une intelligence normale, mais si ses sentiments sont atténués ou disparus, si sa conscience morale est émoussée, il est transformé de façon affligeante".

Il rappelle son expérience avec le Professeur PUECH sur 5 singes opérés de lobotomie et de topectomie qui présentent "des impulsions, puis des crises épileptiques dans les 5 années qui ont suivi l'intervention. Finalement tous ces singes sont morts d'état de mal épileptique".

Enfin se référant à la clinique, le Professeur BARUK cite le cas d'une jeune fille douce et bien élevée, souffrant d'obsessions périodiques qui, après l'opération, devient cynique, grossière et sans tact ; tel ce jeune homme souffrant de dépression physique avec troubles digestifs qui, après lobotomie, devient fourbe, méchant, fit des dénonciations, prit en haine ses parents, se livra à un bluff éhonté et, se rendant compte lui-même de sa déchéance morale, réclamait qu'on lui fasse une nouvelle opération "pour le rendre, disait-il complètement idiot et inconscient".

J. GACHES et LE BEAU soulignent la difficulté de l'estimation de l'altération de la personnalité : on ne peut en effet parler d'altération que chez un malade guéri par des troubles ayant motivé l'intervention. Dans le cas contraire, la maladie qui altérerait la personnalité, continue à l'altérer et ces altérations étaient d'emblée extrêmement importantes, puisqu'elles ont fait envisager la psychochirurgie.

Ces auteurs ont retrouvé les traits de la personnalité pré-morbide, ou des variations minimales vers la syntonie : toutefois deux séries de malades ont paru nettement modifiées :

- les psychopathes dont les traits de la personnalité morbide se sont peut être accusés : il s'agirait donc chez eux d'une véritable altération d'une personnalité déjà altérée.
- les épileptiques où l'intervention donne l'impression de modifier favorablement les traits de la personnalité qui sous-tendent si étroitement les troubles caractéristiques.

M. DAVID relève également la difficulté d'apprécier les modifications de la personnalité consécutives à ces interventions ; de toute façon, dans aucun cas le déficit n'est assez intense pour empêcher le retour à la condition sociale antérieure. Il ajoute que ce déficit "passe au second plan, en face de suppression des troubles névrotiques ou psychotiques ayant fait poser l'indication de l'intervention".

M^{lle} G^{lle} HEUYER cite le cas d'une femme atteinte de psychonévrose, ne présentant aucune détérioration mentale : elle peut faire rapidement et mentalement un problème important, une règle de trois. Elle ne fait aucune erreur de calcul. Elle peut raconter un récit qu'elle vient de lire. Elle a des connaissances scolaires supérieures au CEP. Examinée au test de Terman : elle présente un niveau mental nettement supérieur à la moyenne et un quotient intellectuel normal. Elle n'a aucun trouble de la synthèse mentale. Elle donne des définitions excellentes de mots abstraits et la ressemblance entre 3 objets disparates. Elle n'a aucune détérioration mentale, toutefois ses réponses sont un peu lentes.

Se référant aux tests de niveau, M. DAVID et HECAEN décrivent une très légère chute de niveau de 3 semaines après l'intervention. Il s'agit toutefois d'une moyenne et de très nombreux malades ne sont pas du tout modifiés, (les pervers entre autre). Chez les autres, la chute du niveau est d'autant plus importante à ce moment là que l'affection dont souffre le malade atteint plus profondément ses fonctions mentales et que l'effet thérapeutique ultérieur est plus favorable. Mais ces modifications sont dans l'ensemble entièrement compensées au bout de 6 mois au profit d'une amélioration globale que l'apprentissage n'explique que partiellement.

Aussi avec J. TALAIRACH, J. CONSTANT et Mme SAUGUET pouvons-nous souligner que la "notion d'une altération, d'un déficit, paraît acquise pour la plupart des auteurs. Les divergences portent sur l'intensité de ce déficit. Elles s'expliquent en partie par les difficultés d'évaluation, qui tiennent au fait qu'on s'adresse à des personnalités pré-opératoirement anormales".

On peut rappeler ici la formule de HUTTON "la leucotomie diminue la vertu, mais n'augmente pas le vice". Comme le souligne P. SIZARET, les incitations morales les plus élevées vers l'ascèse, la perfection, sont diminuées. Dans la sphère intellectuelle, les modifications apportées par la lobotomie sont moins nettes et moins importantes. Les résultats aux tests d'efficiences sont en général peu perturbés, cependant l'aptitude à dresser un plan de travail, à fixer l'attention, à s'adapter aux situations concrètes, est indiscutablement diminuée. L'activité créatrice ou artistique est modifiée ou supprimée, ainsi que le pouvoir d'abstraction et de symbolisation.

Schématiquement, d'après l'ensemble de nos observations, nous pouvons tirer les conclusions suivantes relatives à l'éventualité d'une atteinte de la personnalité.

I - Niveau intellectuel :

Aucune malade n'a présenté de déficit intellectuel à la suite de l'intervention (à part une légère diminution des performances après l'intervention, avec récupération totale au bout de

six mois).

Si beaucoup de schizophrènes restent ralenties, c'est certainement plus en raison du processus morbide que de l'intervention; de toutes façons, les malades chez lesquelles l'opération a été pratiquée étaient toutes profondément atteintes, et, souvent, leur niveau mental était difficile à préciser en raison de la perte de contact avec l'ambiance, des préoccupations hypochondriaques ou des manifestations délirantes.

En fait chez beaucoup de malades, les schizophrènes en particulier, les performances sont améliorées parfois de façon sensible, vraisemblablement en raison de l'amélioration du contact avec la réalité.

2 - Le syndrome frontal.

Nous n'avons jamais observé de syndrome frontal à la suite de l'intervention : chez quelques malades une légère euphorie fugace et transitoire a pu être observée, mais elle n'a jamais atteint une teinte morbide.

3 - Perversions.

Certains auteurs ont décrit des atteintes profondes du sens moral, consécutives à la lobotomie, et qui seraient relativement fréquentes.

Nous n'avons eu qu'une seule observation d'exacerbation de l'instinct sexuel, encore s'agit-il d'une femme qui, avant son affection, était déjà très érotique, et dont l'érotisme avait été par la suite masqué par l'évolution du processus mélancolique : la lobotomie semble n'avoir ici que libéré le malade en dichotomisant le processus morbide.

Chez toutes les autres malades que nous avons suivi, nous n'avons noté aucune altération de l'instinct génésique, mais plutôt une amélioration des pulsions instinctives chez les schizophrènes en particulier.

4 - Conduites élémentaires.

Nous n'avons pas noté de troubles des conduites alimentaires ou excrémentielles à la suite des lobotomies : bien au contraire, les malades qui présentaient ces troubles avant l'intervention ont pratiquement été guéries de ces manifestations, en général assez rapidement.

5 - Comportement.

Quant aux troubles du comportement, la lobotomie les améliore toujours de façon sensible.

L'impulsivité, les tendances suicidaires, l'agressivité disparaissent en général de façon spectaculaire, le processus

morbide qui les motivait (anxiété, manifestations délirantes etc..) ayant été endigué par l'intervention.

Enfin nous n'avons pas eu dans notre statistique, de ces cas lamentables, rapportés par le Professeur BARUK, de malades devenus subitement grossier à la suite de l'intervention. Au contraire, par contre, nous avons plusieurs exemples de malades dont le vocabulaire s'est trouvé modéré, nous pensons surtout à l'observation n° 10 des schizophrènes de type paranoïde : cette femme qui ne pouvait aborder un autre individu sans lacher des jurons de charretiers, est maintenant bonne à tout faire chez un médecin où elle sait accueillir les clients avec gentillesse et courtoisie.

On peut donc dire de façon formelle, d'après nos observations, que la lobotomie n'entraîne pas de troubles de la personnalité, mais que bien au contraire, elle améliore d'une manière très sensible le comportement des malades (agressivité, conduites alimentaires et excrémentielles), qu'elle n'entraîne pas de déficit intellectuel notable, ni de perversions.

Il faut toutefois noter que ces constatations sont faites à partir d'individus profondément atteints par un processus morbide grave, et que d'autre part les lobotomies effectuées l'ont été faites suivant une technique éprouvée, entraînant un minimum de lésion.

Aussi, dans les quelques cas d'atteinte profonde de la personnalité publiés par certains auteurs, il serait intéressant de connaître la technique utilisée et la profondeur de la lésion provoquée par l'intervention : il faut vraisemblablement chercher cette altération plutôt dans une des modalités de l'intervention que dans l'intervention elle-même.

III - EPILEPSIE TARDIVE.

L'épilepsie tardive représente une séquelle relativement fréquente de la lobotomie. Elle est estimée variablement suivant les auteurs :

- 7 % (FREEMAN et XATTS)
- 10% (GREENBLATT et POPPEN)
- 12% (DAVID)
- 14% (POOL)

Sur les 88 malades qui sont entrées dans notre statistique, 7 seulement ont présenté une comitialité à la suite de l'intervention, ce qui représente un pourcentage de 8 % environ.

Le caractère fondamental de cette comitialité est sa particulière sensibilité aux barbituriques : il s'agit de formes facilement compensées qui ne présentent aucun caractère de gravité.

IV - MORTALITE OPERATOIRE.

Elle varie également suivant les auteurs (de 3 à 6%).
Nous n'avons eu à déplorer dans le service qu'un seul décès
post-opératoire, conséquence d'une hémorragie cérébrale.

oOo

CONCLUSIONS

La lobotomie préfrontale représente un élément valable dans l'arsenal thérapeutique psychiatrique : si ses indications, en fonction des remarquables résultats obtenus par les neuroleptiques ou autres drogues agissant sur le système nerveux central, se font plus rares, elle reste toutefois un élément de choix lorsque toutes ces thérapeutiques ont échoué.

Dans un travail publié en 1950, le Professeur DELAY affirmait que "la lobotomie n'a pas d'indications nosologiques, mais symptomatiques. Elle n'est pas le traitement d'une maladie mentale, mais de symptômes mentaux à base de "tension nerveuse" avec anxiété, agitation, impulsivité, agressivité. De tels symptômes dans des syndromes obsessionnels, mélancoliques, schizophréniques, les déséquilibres psychiques, les troubles graves de l'humeur et du caractère parfois isolément, qui constituent des indications éventuelles de cette intervention. Elle exerce une action essentiellement thymique, c'est-à-dire qu'elle agit sur l'humeur, et par là même, sur la fonction affective toute entière."

L. ANGLADE ajoutait la même année : "pratiquement, il ne vient encore à l'idée d'aucun psychiatre de faire lobotomiser immédiatement un mélancolique, un anxieux, un obsédé. Ce n'est que lorsque les traitements classiques et moins traumatisants se sont avérés insuffisants, inefficaces, que nous demanderons au psycho-chirurgien d'intervenir. On peut dire qu'actuellement en dehors des états démentiels, qui ne sont pas justiciables de la lobotomie, tout malade chez qui les traitements insuliniques, les chocs, la psychothérapie, les thérapeutiques biologiques sont demeurés vains, peut bénéficier d'une lobotomie. L'âge n'est pas une contre-indication majeure, si l'état des artères n'est pas trop mauvais".

Après un recul portant sur 14 ans pour certaines lobotomisées, ces deux publications restent valables, à condition que soient observées certaines règles fondamentales, à notre avis, qui conditionnent la réussite de cette intervention.

La première de ces règles est la connaissance parfaite de la maladie que l'on va confier au neuro-chirurgien, c'est la

raison pour laquelle la lobotomie ne peut jamais être un geste hâtif : ce n'est que lorsque toutes les thérapeutiques biologiques et chimiothérapique auront échoué qu'on pourra légitimement poser l'indication de cette intervention. C'est une observation prolongée qui aura permis de connaître intimement la malade et de guider ensuite, après l'intervention, la psychothérapie.

La seconde de ces conditions est l'ambiance opératoire favorable : l'intervention doit toujours être pratiquée dans l'hôpital où la malade a été suivie et être entreprise par des techniciens éprouvés suivant une technique lésant au minimum le cerveau. La malade doit retrouver après l'intervention le cadre et le personnel médico-social auxquels elle était habituée : il s'agit là d'un élément d'une importance considérable qui met la malade en confiance et permet de faire d'emblée la psychothérapie qui s'impose.

La malade devra ensuite être suivie par le médecin et guidée par les infirmières qui l'ont déjà traitée : seul ce personnel qui connaît ses goûts et ses tendances peut lui faire une psychothérapie bien orientée ; or, nous avons vu que la psychothérapie est l'un des facteurs principaux de réussite dans cette intervention avec la rééducation.

Enfin, lorsque chez une malade "resocialisée", l'éventualité d'une sortie se pose, la nécessité d'un cadre social adéquate pouvant l'accueillir est indispensable pour permettre une rééducation définitive. En effet, il paraît impensable d'abandonner brutalement à elle-même une malade qui de longues années avant l'intervention avait complètement perdu contact avec la réalité ambiante. Ce n'est que progressivement, grâce à la compréhension et à l'aide de la famille ou du personnel de l'hospice où elle se trouve placée, qu'elle pourra se réadapter de manière définitive : de ce dernier facteur dépend en grande partie la rechute ou la guérison.

Quant aux séquelles, elles sont variables : la comitialité n'est pas exceptionnelle (8 % dans notre statistique) mais elle répond très bien aux barbituriques, aussi bien sur le plan clinique que sur le plan électroencéphalographique. Le déficit intellectuel est inexistant de même que les troubles de la personnalité à condition que cette intervention soit pratiquée avec toutes les garanties d'une équipe bien entraînée.

Dans ces conditions, la lobotomie est une intervention qui garde toujours ses indications : les résultats obtenus dans le service du Docteur ANGLADE depuis 14 ans objectivent la valeur de cette technique psychochirurgicale.

Brillants dans les psychonévroses obsessionnelles (75 % de guérisons) et les mélancolies à forte charge anxieuse (72 % de guérisons), intéressant dans les délires chroniques (38 % de guérisons sociales) et variables dans les schizophrénies (15 % de guérisons dans les hébéphrénies et 20 % dans les formes paranoïdes), ces résultats ont toujours été obtenus chez des malades gravement atteints et chez lesquels toute autre thérapeutique avait échoué : la valeur de certaines guérisons et le nombre des améliorations est un témoignage réconfortant pour le psychiatre et un ultime espoir qu'on ne peut refuser au malade.

ooooooooOoooooooo

Vu, le Président de Thèse
Professeur DAVID.

Vu, le Doyen de la Faculté
Professeur L. BINET.

Vu et Permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
J. ROCHE.

BIBLIOGRAPHIE

- ALLIEZ J., PAILLAN J.E., et DONGER M. - Epilepsie et troubles psychiques concomitants. Action favorable de la topectomie sur l'état mental sans modification des crises comitiales. - Ann. Médic. Psychol., 1950, 1er part., 74-77.
- AMBROUMOVA A.G. - influence de la leucotomie préfrontale sur l'évolution du processus schizophrénique (Korsakoff 1960, tome LX n° 9, p. 1193).
- ANGLADE L, FRAILLON J. et FESSARD J. - Premières impressions de l'action de la lobotomie sur les états délirants. - Rev. neurol. 1953, 88, n° 6, 538-541.
- ANGLADE L., FRAILLON J. et Coll. - Une expérience de 5 années de lobotomie à l'hôpital psychiatrique de la Sarthe : échecs et réadaptations sociales (A.M.P. Février 1955).
- ARONDO R., et PAPEZ J.W. - Les noyaux thalamiques du "Pithecus (Macacus) rhésus". II. Thalamus dorsal. - Arch. Neurol. Psychol., 1934, 32-27.
- ASHBY W. et BASSETT M. - L'effet de la leucotomie sur la faculté créatrice. - J. Ment. Sc., 1944, 95, 418-430.
- ASHBY W. R. et BASSER M. - Effet de la leucotomie préfrontale sur la réaction psycho-galvanique. -J. Ment. Sc., 1950, 96 458-469.
- AYME J. - Les guérisons tardives dans les maladies mentales (Thèse Paris 1952).
- BAEYER W. (VON). - Comparaison entre la psychopathologie du traitement par le choc et celle de la lobotomie préfrontale. - Fortshr. Neur. Psych. mars 1949, 95.
- BAILEY O.T., SMALL W.T., INGRAHAM F.D. et Van WAGENEN W.P. - Blocage procainique des fibres blanches frontales comme moyen de prédire les effets de la lobotomie préfrontale. - J. Neurosurg., janv. 1952, 9, n° 1, 21-19. (Bibliogr.)
- BAILEY P. - Considérations sur l'organisation et les fonctions du cortex cérébral. - Rev. neurol., 1950, 82, 3-20.
- BAILEY P. et BONIN G. (Von). - L'isocortex de l'homme. - Univ. of Illinois Press, édit., Chicago, 1951.
- BARAHONA FERNANDES J. (De). - Leucotomie préfrontale. Actas luso-españ. Neurol. Psiquit., 1947, 6, 77-82.
- BARAHONA FERNANDES J. (De), POLONIOP. et GOMES S. -Etude clinique et psychologique sur la leucotomie. 1re Conf. internat. de Psycho-chirurgie. Lisbonne, 3-7 août 1948.

- BARAHONA FERNANDES. - Expérience thérapeutique et connaissance psychiatrique. - Evol. psychiat., oct. déc. 1949, n° 4, 451-486.
- BARRETO A.C. - Lobotomie préfrontale. - Arq. Neuro-Psiquiat., 1945, 3, n° 4, 420-427.
- BARUK H., AMIEL et GUYOT. - Contribution à l'étude de certaines suites de la psycho-chirurgie frontale : le puérilisme, les haines, les impulsions au meurtre, l'euphorie apparente et le désespoir profond. - Acta méd. psychol., juil. 1952, n° 2, 177-204.
- BARUK M. - Sur la nécessité de l'interdiction légale de la lobotomie (A.M.P. Tome I 1954, p. 60).
- BARUK H. - Psychologie des thérapeutiques psychiatriques par altération du système nerveux (Journal de psychologie normale et pathologique, n° 3 juillet -Septembre 1955 p. 356).
- BAONVILLE H., LEY J. et TITECA J. - Destruction traumatique bilatérale des lobes préfrontaux. Etude du syndrome clinique. Ann. Méd. Psychol., janv. 1939, 97, 1er part., 38-58.
- BARAHONA FERNANDES H.J. (De) - Anatomophysiologie cérébrale et fonctions psychiques dans la leucotomie préfrontale. - 1er Congrès internat. de psychiat., Paris 19-27 sept. 1950, Hermann, édit. Paris, 1950, 3, 1-62.
- BARD P. - Au sujet de l'expression émotionnelle après décortication, avec quelques remarques sur certaines vues théoriques. Psychol. Rev. 1934, 41, 309 et 424.
- BABUK H. - La psycho-chirurgie frontale peut-elle se justifier? - Rev. phil., juil-sept. 1952 n° 7-9, 392-427.
- BECK E. - Recherches cyto-architectoniques sur les limites des aires corticales 13 et 14 du cerveau humain. - J. Anat., av. 1949, 83, 147-157.
- BECK E., Meyer A. et Le BEAU J. - Connexions efférentes de la régions préfrontale humaine : les voies fronto-hypothalamiques. - J. Neurol. Neurosurg. Psych., nov. 1951, 14, n° 4 295-302. (Bibliogr.)
- BENTAL D. - Comparaison entre le cours des psychoses chez les collatéraux lobotomisés et non lobotomisés (Schweizer vol. 79, fasc. 1, 1957, p. 1).
- BERINGER K. - Leucotomie. - Méd. Klin. 1949, 44, n° 27, 853-857.

III

- BERLINER F., BEVERIDGE R., MAYER-CROSS W. et MOORE J. - Leucotomie préfrontale. Relation de 100 cas. - Lancet, 1945, 2, 325-328.
- BIANCO P; (Dal) - Problème de l'établissement des indications pour la leucotomie transorbitaire. - Wien, klin, Wschr., 1949, 61, n° 44, 773-777.
- BOITELLE G., BOITELLE LENTULOC., HOURCARD J. et DANY A. - Lobotomie et épilepsie XLVIII^e Congrès des méd. Alién. et neuro-de France et des pays de langue française. Edt. Masson Paris 1950.
- BOITELLE G., BOITELLE LENTULOC., HOURCARD J. et DANY A. - Obsessions et lobotomies -XLVII^e Congrès des méd. alién. et neurol. de France et des pays de langue franç. Besançon Neuchâtel 24-30 juil. 1950, Masson, édit. Paris 1950.
- BOITELLE G., BOITELLE LENTULO C. et HOURCARD J. - Récupération sociale des malades après lobotomie. - XLVIII^e Congrès des médec. alién. et neurol. de France et des pays de langue franç. Besançon Neuchâtel 24-30 juil. 1950, Masson, édit Paris, 1950.
- BOREL A. - Résultats cliniques et réflexions sur la psychochirurgie. Quelques résultats de lobotomie. - Evol. psychiat. 1949, 517-521.
- BROUSSEAU A., PUECH P. et LUGUET. - Troubles graves du caractère délinquance réitérée, réaction de persécuté agressif interne pendant vingt ans ; rémission spectaculaire sitôt après lobotomie. - Ann. Méd. Psych., juin 1949, 107, 2 e part., n° 1, 41-44.
- BUCK C. W., CASCALLEN H. B. et HOBBS G. E. - Effets de la lobotomie préfrontale sur la régulation thermique, chez les schizophrènes. - Arch. Neurol. Psych. 1951, 65, 197-205.
- BURLINGAME C.C. - Aspects cliniques de psychochirurgie ; réadaptation après leucotomie. - Proc. Roy. Soc. Méd. 1949, 42 (sup.) 31-38.
- CASTELLETTI V. - Comportement sexuel chez les schizophrènes après lobotomie (Giornale di psichiatria e di neuropatologia, fasc. 3, 3 e trimestre 1951).
- CHAPMAN W. P., LIVINGSTON R.B. et LIVINGSTON K.E. - Lobotomie frontale et excitation électrique de la surface orbitaire des lobes frontaux. Effets sur la respiration et la tension sanguine chez l'homme. - Arch. Neurol. Psych. 1949, 63, 701-716.

- CHAPMAN W.P., LIVINGSTON K.E. et POPPEN J.L. - Effets sur la tension sanguine, de l'excitation électrique des extrémités des lobes temporaux, chez l'homme. - J. Neurophysiol. 1950, 13, 65.
- CHAPMAN W.P., ROSE A. S. et SOLOMON H. C. - Mesure de l'excitation thermique produisant une réaction motrice de retrait chez des sujets ayant subi une lobotomie frontale. - Ass. Res. Nerv. Ment. Dis. Proc. 1948, 27, 754.
- CLARK W.E.L. et MEYER M. - Rapports anatomiques entre l'écorce cérébrale et l'hypothalamus. - Brit. Méd. Bull., 1950, 6, 1536, 341-345.
- COHN R. - Etude électro-encéphalographique de la lobotomie préfrontale - Arch. Neurol. Psych. 1945, 53, 283-288.
- COSSA P. - Thérapeutiques dites "agressives" en neuro-psychiatrie. - A. M. P. 1949, 1er part, 225- 237.
- Mme COSYNS-DUREZ S. - Considérations sur la psychothérapie après lobotomie (Acta neurologica et psychiatrica Belgica : mai 1954.)
- COURNOT - Leucotomie et hypertension - Sem. Hop. Paris 26 fév. 1950, 670-671.
- CROWN - Modifications psychologiques après leucotomie préfrontale : revue d'ensemble. - J. Ment. Sc., 1951, 97, 49-83.
- CUIXART P. - Causalgies et lobotomie (Anales de Médecine, Barcelone, cirugia vol. 41 n° 1, Fev. 1955, p. 58).
- DANY A., SINGER L., BOITELLE G. et BOITELLE LENTULO C. (Mme) - Résultats cliniques de la psychochirurgie. Statistiques personnelles. - Rev. Neurol. 1953, 88, n° 6, 551-553.
- DAUMEZON G. - Expérience de la thérapeutique par lobotomie dans un service - Evol. psychiat. 1949, n° 4, 521-531.
- DAVID M., DAUMEZON G., HECAEN H. et SAUGUET J. - Résultats globaux de 247 interventions de psycho-chirurgie sur des malades internés. - Ann. Méd. psychol. 1952, 2e part. 387-391
- DA SILVA L.M. - Lobotomie chez les schizophrènes (Jornal brasileiro de psiquiatria, volume 3, n° 1 1954):
- DAVID M., SAUGUET J. et TALAIRACH J. - Résultats d'une enquête sur 78 interventions de psychochirurgie avec un recul opératoire d'un an. - Rev. Neurol. 1953, 89, n° 1, 3-21.
- DAVID M., TALAIRACH. - Quelques réflexions sur les lobotomies préfrontales. - Evol. psych. 1949, 532-540.

- DAVID M. et HELMAN Z. - Etude de 21 cas de psycho-chirurgie par le Rorschach ; confrontation avec les résultats électroencéphalographiques. - Ann. méd. psychol. mars 1953, III 1^{er} part., n° 3, 377-382.
- DAVID M., MOOR P., RUDRAUF J. et SAUGUET J. - Valeur pronostique de l'étude psychométrique postopératoire en psycho-chirurgie. - Ann. méd. psychol. juil. 1953, III, 2^e part., n° 2, 260-264.
- DAVID M., MOOR P. et RUDRAUF S. - Comparaison des résultats psychométriques chez un groupe de pervers instinctifs et de schizophrènes ayant subi une intervention psycho-chirurgicale. Ann. Méd. psychol. juil. 1953, III, 2^e part., n° 2, 272-277.
- DAVID M., MOOR P. et RUDRAUF J. - Examen psychologique de 21 malades un an après intervention psycho-chirurgicale. Etude critique des résultats. - Ann. Méd. Psychol., fév. 1954, 1^{er} part., n° 2, 219-224.
- DAVID M., et Mlle MOOR L. - observations de 3 malades traitées par psychochirurgie en 1951 (A.M.P. 1956, Tome II, page 828.
- DAVIDSON A.E. - Leucotomie préfrontale : choix des malades. - Northwest Med., juin 1948, 47, 417-419.
- DAX E. C. et RADLEY-SMITH E.J. - Discussion sur la leucotomie préfrontale. Proc. Roy. Soc. Med. juin 1946, 39, n° 8. 448-449.
- DELAY J., PUECH P., DESCLAUX P. et DIGO R. - Action de la psycho-chirurgie dans un délire mystique comitial. - Ann. méd. psychol. 1948, 2^e part. 35.
- DELAY J., PUECH P., DESCLAUX P. et MARTY P. - A propos des résultats de la topectomie chez les schizophrènes. - Ann. Méd. psychol., fév. 1950, 108, 1^{er} part. n° 2, 218-220.
- DELAY J., PUECH P., DESCLAUX P. et MARTY P. - Topectomie et variation du comportement chez deux schizophrènes. - Ann. méd. psychol. 1950, 2^e part., 215-218.
- DELAY J. - Sur la lobotomie préfrontale. Essai d'interprétation. - Presse méd. 1950, 58, n° 6, 77-78.
- DELAY J., DAVID M., LAINE B. et SCHMITZ B. - Lobotomie préfrontale chez une hypochondriaque atteinte d'un ulcère gastrique. - Ann. Méd. psychol. oct. 1952, 110, 2^e part., n° 3 432-434.
- DELL B., TALAIRACH J., LAIRY-BOUNES et DELLE P. - Explorations électrophysiologiques du thalamus chez l'homme. - Rev. neur. 1952, 87, n° 2, 191-195.

VI

- DELMAS-MARSALET P. , FAUGE J., ROUGIER G. et POUYANNE H. - Contribution expérimentale aux effets des sections du lobe préfrontal chez l'homme et chez l'animal - A.M.P 1952, IIO, 2 e part., 609-643.
- DESCUNS P. BARDENAT Ch. et PELICIER Y. - Résultats lointains de lobotomie (A.M.P 1958, Tome I, P. 855)
- DONOVAN J.F, GALBRAITH A.J et JACKSON H. - Quelques observations sur la leucotomie et sur les examens par pneumoencéphalographie.- J. Ment. Sc Juil. 1949, 95, N° 400, p. 655.
- DOUSSINET P. et THEVENOT J. - Réflexions sur 15 lobotomies préfrontales.- XLVIIIe Congrès des méd. aléin. et neur.de France et des pays de langue franç. Besançon-Neufchatel, 24-30 juil. 1950, Masson édit. Paris.
- DUCHENE H. et TAVERNIER J.B. -Une observation de leucotomie avec des résultats remarquables dans une dissociation schizophrénique - Evol. psych. 1949, n° 4, p. 541.
- DUHRSEN A. - Traitement postopératoire psychothérapeutique des obsédés ayant été soumis à la leucotomie - Zschr. Psychot. 1951, 1, n° 1, p.30
- DUPLAYJ. , RANCOULE, COSSA P. et LOMBARD - Premiers résultats d'une série de 33 interventions psychochirurgicales - XLVIIIe Congrès des médecins alien. et neur. de France et des pays de langue française, Masson edit. Paris 1950.
- DYNES J.B. et POPPEN J.L - Lobotomie pour le traitement des douleurs irréductibles - J. Am. Med. 1949, 14, n° 1, p. 15.
- ECTORS L. - La lobectomie frontale - J. Belge Neur. Psych. N° 3-4 , p. 427 1943.
- EDERLE W. - Un schizophrène avant et parès la leucotomie préfrontale - Arch. f. Psych. 1949, 181, n° 3-4, p. 319.
- EGAN G. - Résultats de l'isolement des lobes orbitaires dans la leucotomie. - J. Ment. Sc., 1949, 95 n° 398, p. 115.
- ELITHORN A., PIERCY M.F, et CROSSKEY M.A - Modifications du système nerveux autonome après leucotomie unilatérale - J. Neur. Neurosurg. Psych. mai 1954, 17, n° 2, p. 139.
- ELITHORN A., PIERCY M.F et CROSSKEY M.A - Leucotomie et pressentiment de la douleur (J. Neur. Neurosurg. Psych. vol. 18 février 1955, P. 34.
- ELDER H. TOLLER. R. BRAMWELLE H.L et RIXFORD H. - Leucotomie préfrontale- Calif. Med. 1948, 69, p. 218.
- ELLEBJERG.J - Lobotomie frontale dans la psychose chronique - Nord Med. 1949, 41, n° 1, p. 16.
- ERINGA P.S. - Au sujet de quelques modifications de la fonction autonome après lobotomie préfrontale - Folia Psych. 1950, 53, n° 3, p. 525.
- EWALD F.R. FREEMAN W. et WATTS J.W. - Psychochirurgie ; le problème des soins - Am. J. Nursing, av. 1947, 47, n° 4 210-213.

VII

- EY H., CORNAVIN J. et LYET R. - Sur 14 cas de malades lobotomisés. - *Evol. psychiat.* 1949, n° 4, 554-562.
- FALCONER M.A. - Traitement par la lobotomie frontale, des douleurs irréductibles. - *Ass. Res. Nerv. Ment. Dis. Proc.* 1947, 26, 30-35.
- FARBER J.A. - Programme de rééducation et de réadaptation après lobotomie. - Congrès de la "North Caroline Neur. Ass." 1947, in *Dig. Neurol. Psychiat.* 1947, 15, 727, et *North Carolina Méd. J.*, juin 1948, 9, 287-291.
- FELD M. et MESSIMY R. - Contribution à l'étude de la topectomie. - *Presse Méd.* 20 av. 1949, n° 26, 358-360 (Bibliog.).
- FELD M. et SAUGUET M. - Démences épileptiques guérie par topectomie. - *Rev. Neurol.* 1949, 81, 290-292.
- FERDIERE G. - Résultats immédiats de la leucotomie préfrontale dans un cas de schizophrénie avec stupeur catatonique. - *An. méd. psychol.* 1940, 1er part., 81-89.
- FEREY D., GOUDARD et LALANNE. - La lobotomie dans les psychopathies. Deux ans d'expérience ; essai de synthèse. - *Concours méd.*, nov. 1949, 71, n° 45, 2521-2527.
- FEREY D., GODARD et LALANNE. - La lobotomie dans les psychopathies. - *Presse Méd.* 7 juin 1950, 58, n° 36, 636-638.
- FEUILLET C. - Le traitement psycho-chirurgical de la schizophrénie. - Rapport au XLVIII e Congrès des méd. psych. et neurol. de France et des pays de langue franç. Besançon-Neuchâtel, 24-30 juil. 1950, Masson, édit. Paris 1950.
- FEUILLET C., MIDON J. et COLLIN J. - La lobotomie préfrontale en pratique psychiatrique. - *Rev. Méd. Nancy* 1948, 385-395.
- FEUILLET C. et COLLIN J. - Le syndrome de lobotomie préfrontale. - *Bull. Méd.* 1948, 23, n° 24, 363-369.
- FIAMBERTI A.M. - Méthodes psychochirurgicales et respect de la personnalité humaine (*La Riforma medica* n° 21 1954).
- FLORES A. - Anatomo-physiologie à la lumière des lobotomies et topectomies. - *Ann. portug. Psiquiat* 1951, III, 61-63.
- FOLLIN S. - La psycho-chirurgie à son déclin. - *Raison*, n° 5, 37-38.
- FRANKL L. et MAYER-GROSS W. - Modification de la personnalité après leucotomie préfrontale. - *Lancet*, 6 déc. 1947, 820-824.

VIII

- FREEMAN W. - Plan de section de leucotomie en rapport avec l'adaptation sociale. - 1er Congrès internat. de Psychiatrie, Paris 18-27 Sept. 1950, Hermann, édit, Paris 1950.
- FREEMAN W. et WATTS J.W. - Le mécanisme de la douleur et les lobes frontaux. Etude de la lobotomie préfrontale pour le traitement des douleurs irréductibles. - Ann. Int. Méd. 1948, 28, 747-754.
- FREEMAN W. - Psycho-chirurgie - Am. J. Psychiat. 1954, 110, 511-512.
- FREEMAN W. et WATTS J.W. - Lobotomie préfrontale, problème de schizophrénie. - Am. J. Psychiat. 1945, 739.
- FREEMAN W. et WATTS J.W. - La psycho-chirurgie pendant les années 1936-1946. - Arch. Neurol. Psych. 1947, 58, 417-425.
- FREEMAN W. et WATTS J.W. - Lobotomie préfrontale : indications et contre-indications. - Arch. Neurol. Psychia. 1948, 60, n° 1, 97-100.
- FREEMAN W. - Etude de 3 000 malades lobotomisés suivis de une à 20 années de 1936 à 1956 (The American Journal of Psychiatry, tome 113, Av. 1957, p. 877).
- FREUDENBERG R.K. et ROBERTSON J.B. - Recherches sur les modifications intellectuelles consécutives à la leucotomie préfrontale - J. Ment. Sc. 1949, 95, n° 401, 826-840.
- FREUDENBERG R.K., GLEES P., OBRADOR ALCADE S., FOSS B. et WILLIAMS M. - Etudes expérimentales sur les fonctions du lobe frontal chez le singe sous l'influence de la leucotomie. - J. Ment. Sc. janv. 1950, 96, n° 402, 143-156.
- FRIEDLANDER J.W. et BANAYS R.S. - Psychose consécutive à la lobotomie en cas de psychopathie sexuelle, compte rendu d'un cas. - Arch. Neurol. Psych. 1948, 59, 302-321.
- FRIEDMAN S. MCORE, RANGER C.O. et RUSMAN C.A. - Etude des progrès de malades ayant subi la lobotomie et de malades témoins. Programme des sorties. - Etude sur la lobotomie, faite en collaboration dans le Connecticut, et présentée au CVIe Congrès annuel de l'"American Psychiatric Association" Détroit 1-5 mai 1950.
- FROMENTY A. - Reflexions sur 100 Cas personnels de lobotomie préfrontale (A.M.P. 1955, Tome II, p. 521).
- FROMEIN R. et KLAR E. - Manifestations neuro-végétatives liées à la leucotomie préfrontale. - Klin. Wsch., 1er av. 1951, 29, n° 13-14, 245-249.

IX

- FULTON J.F. - Base physiologique de la psycho-chirurgie. - Trans. Ann. Phil. Soc. 1951, 95, 538-541.
- FURTADO D., MARQUES, ALVIM P. et VASCONCELOS A. - Altérations de la personnalité consécutives à la lobotomie. - 1er Conf. Intern. Psycho-chirurgie Lisbonne 3-7 Août 1948, C. R. in Actas luso-españ. Neurol. Psiquiat., nov. 1948, 7, n° 4, 328.
- FURTADO D. - Résultats de la leucotomie vus douze ans après. - 1er Conf. intern. de psycho-chirurgie Lisbonne 3-7 août 1948, C.R. in Actas luso-españ. Neurol. Psiquiat., nov. 1948, 7, n° 4, 330.
- GACHES J. - Résultat thérapeutique des interventions corticales préfrontales limitées dans le traitement de certains syndromes douloureux dits irréductibles. - Sem. Hop. Paris, 6 déc. 1952, 28, n° 90, 3667-3675. (Bibliog.)
- GACHES J. et LE BEAU J. - Résultats et séquelles de la chirurgie frontale sélective sur 50 suivis depuis plus de 5 ans. (A.M.P. 1956, Tome I, p. 369).
- GALEANO, MUNOZ J. et ARANA INIGUEZ R. - Leucotomie et schizophrénie. - Arch. urug. Méd. 1949, 34, n° 2, 117-132.
- GARMANY G. - Modifications de la personnalité et pronostic après leucotomie. - J. Ment. Sc. 1953, 94, 428-438.
- GELMA E., SINGER L. et DANY A. - Résultats obtenus après lobotomies et topectomies à la Clinique psychiatrique de Strasbourg. - XLVIII e Congrès des méd. psych. et neurol. de France et des pays de langue franç. Besançon-Neuchâtel 24-30 juil. 1950, Masson, éd. Paris 1950.
- GIACOMO U. (De) - Nosographie de la schizophrénie en relation avec les thérapeutiques modernes (insulinothérapie, acétylcholinéthérapie, pyrétothérapie, par vaccins, leucotomie préfrontale). - Acta neurol. ital. 1948, 3, n° 6, 673-706.
- GOINARD P., DESCUNS P. et GARRE H. - Etude comparative des résultats de la topectomie et de la lobotomie préfrontale. - Rev. Neurol. 1953, 88, 515-530.
- GOLDSTEIN K. - Lobotomie frontale et amélioration du raisonnement abstrait. - J. Nerv. Ment. Dis., Août 1949, 110, n° 2 93-111.
- GRANTHAM E.G. - Lobotomie préfrontale pour le traitement des douleurs. Exposé d'une nouvelle technique chirurgicale. - J. Neurosurg., 1951. 8, 405-410.

- GREEF E. (De) et ECTORS L. - Résultats de leucotomies. - Soc. Méd. Ment. de Belgique, 24 sept. 1949, in Ann. méd. psych. 1949, 2 ème part., 455-456.
- GREEF E. (De) et ECTORS L. - Leucotomie préfrontale - Acta neurol. psych. belg., 1950, 50, n° 7, 325-389.
- GREEN J.R., DUISERG R.E.H. et Mc GRATH W.B. - Lobotomie orbito-frontale : ses effets sur 55 sujets psychotiques. J. Neurosurg., 1952, 9, 579-587.
- GREENBLATT M., ARNOT R.E., POPPEN J. L. et CHAPMAN W.P. - Rapport sur les études concernant la lobotomie à l'hôpital psychopathique de Boston. - Am. J. Psychiat. 1947, 104, 361-368.
- GREENBLATT M. - L'électroencéphalogramme avant et après lobotomie. - Arch. Neurol. Psych. 1950, 63, n° 2, 344-345.
- GREVILLE G.D. et LAST S.L. - La leucotomie comme instrument de recherche : études électroencéphalographiques. - Proc. Roy. Soc. Méd. 1947, 40, 145-147.
- GRUNTHAL E. - Bases anatomiques, physiologiques et pathologiques de la leucotomie frontale. - Soc. Suisse Psychiat. 19-20 nov. 1949, in Mschr. Psych. Neurol. juin 1950, 119, 361-377.
- GUILLY P. - Indications et limites actuelles de la lobotomie. - Rev. Praticien 21 Av. 1953, 3, n° 12, 819-826.
- GUIRAUD P. et ROUAULT de la VIGNE A. - Deux lobotomies : enseignements anatomiques et clinique (A.M.P. 1959, Tome II, P. 864).
- GUYOT P. - Injections intracérébrales. Résultats thérapeutiques obtenus en trois ans. - Ann. méd. psych. 1954, 1re part. 367-373.
- HAAS F.E. et WILLIAMS D.E. - Lobotomie transorbitaire. Relation préliminaire de 24 cas. - South Dakota J. Méd. mai 1948, 1, 191-192.
- HADDENBROCK S. - Thérapeutique radicale par défrontalisation
Théorie et critique de la leucotomie **pré-frontale** (Moniz)
- méd. Klin, 21 janv. 1949, 44, N° 3, 69-74.
- HAGUENAU J.PEECH, AUBRUN et LUQUET. - Etat obsédant grave. Effets de la leucotomie préfrontale. - Rev. Neurol. oct. -Nov. 1947, 79, n° 9, 666-668.

- HALSTEAD W.C., CARMICHAEL H.T. et BUCY P.C. - Lobotomie préfrontale : appréciation préliminaire des résultats relatifs au comportement. - Am. J. Psychiat. sept. 1946, 103, 217-228.
- HAMEL J., FEUILLET C., COLLIN J. et THIEBAUX M. - Deux cas de syndrome hypocondriaque grave traités par lobotomie préfrontale. - Réunion psych. de Strasbourg-Nancy 17 juin 1950 in Ann. Méd-psychol. 1950, 2e part. 227.
- HAMEL J. et THIEBAUX M. - Les indications de la lobotomie dans la schizophrénie. - Strasbourg méd. 1950, 1, suppl. 1, 21-27.
- HAMEL J., et THIEBAUX M. - Lobotomie préfrontale. Résultats, évolution, considérations. - Réunion psychiat. de Strasbourg 2 déc. 1950, in Ann. méd-psychol. 1951, 1re part, 87.
- HA ILTON F.E. et HAYES G.J. - Lobotomie préfrontale dans le traitement de la douleur irréductible. - Arch. Surg. 1949, 58, n° 6, 731-738.
- HASSLER R. Bases anatomiques de la leucotomie - Fortchr. Neur. 1950, 18, 351.
- HELMAN Z. - Rorschach et dessins dans 1 cas de lobotomie. - Bull. Groupement franç. de Rorschach 1953, 9-15.
- HELMAN Z. - Rapports entre les modifications E.E.G. et la structure mentale en psychochirurgie (Société d'E.E.G. Paris 1er et 2 mai 1957. Revue neurologique, Tome 96, n° 6 juin 1957 p. 558).
- HENRY C.E. - Effets de la lobotomie transorbitaire sur l'électroencéphalogramme. - Electroencéphal. 1950, 2, 187-192.
- HENRY C.E. et SCOVILLE W.J. - Activité par bouffées de suppressions présentée par un cortex cérébral humain isolé - Electroencéphal. 1952, 4, 1-22.
- HETHERINGTON R.R. et WHITE E.A. - Comparaison de traits de personnalité de schizophrènes avant la leucotomie. - J. Ment. Sc. 1950, 96, 521-530.
- HEUYER L., FELD et LEOVICI. - Leucotomies et lobectomies dans le traitement des troubles graves du caractère chez les idiots. - Communic. au XLVIe Congrès des méd. alién. et neurol. de France et des pays de langue franç., Marseille 13-18 sept. 1948. Comptes-rendus, Masson, édit. Paris.
- HEUYER L., LEOVICI S. et FAVREAU. - Guérison d'un état apparemment dementiel. - Soc. de Pédiatrie de Paris, 19 oct. 1948 C. R. in Presse méd. 11 déc. 1948, n° 72, 873.

XII

- HEUYER M.G. - Présentation d'une malade ayant subi une lobotomie (A.M.P. 1956, Tome I, P. 424).
- HOCH P.H. - Aspects théoriques de la lobotomie frontale et des opérations similaires du cerveau. - Am. J. Psychiat. 1949, 106, n° 6, 448-453.
- HOCH P.M., POOL J.L. et Coll. : le traitement psychochirurgical de la schizophrénie pseudonévrotique (The American Journal of Psychiatry; vol. n° 3, n° 9 mars 1955, p. 653).
- HOFFMAN J.L. - Observations clinique concernant des schizophrénies traitées par la leucotomie préfrontale. - New England J. Méd., 11 août 1949, 241, n° 6, 233-236.
- HOESTATTER L., SMOLIK E.A. et BUSCH A.K. - Lobotomie préfrontale dans le traitement des psychoses chroniques, et particulièrement en ce qui concerne la section des aires orbitaires seule. - Arch. Neurol. Psych. fév. 1945, 53, 125-130.
- HORRAX G. - Expérience au moyen de l'excision corticale pour le soulagement d'une douleur irréductible dans les extrémités. - Surgery 1946, 20, 593.
- HUTTON E.L. - Contre-indications de la leucotomie : sur qui ne faut-il pas pratiquer cette intervention. - J. Ment. Sc., 1947, 93, 33-341.
- HUTTON E.L. - Modifications de la personnalité après leucotomie. - J. Ment. Sc. janv. 1947, 93, 31-42.
- HUTTON E.L. et BASSETTE. - Effets de la leucotomie sur la personnalité créatrice. - J. Ment. Sc. 1948, 332-351.
- JAKAB I. - Les résultats des examens à l'aide de tests d'intelligence et du test de Rorsbach chez les malades lobotomisés. - Encéphale 1950, 39, n° 5, 482-499.
- JENKENS R., HOLSOPPLE J. et LORR M. - Effets de la lobotomie chez les malades atteints de schizophrénie chronique sévère (The American Journal of Psychiatry : vol. 111, n° 2, Août 1954).
- JOHN C.H. et SHANKLIN J.G. - Lobotomie transorbitaire. Relation préliminaire de 41 cas. - Northwest Méd. juin 1948, 47, 421-427.
- JONES G.N. et Mc GOVAN P.K. - Leucotomie dans les psychoses périodiques - J. Ment. Sc. Janv. 1949, 95, n° 398, 101-114.
- JONES C.H. et SHANKLIN J.G. - Pratique établie de lobotomie transorbitaire. - Am. J. Psychiat. 1950, 107, 120.

- KALINOWSKY L.B. et SCARFF J.E. - Le choix des cas psychiatrique pour la lobotomie préfrontale. - Arch. Neurol. Psych. 1949 62, n° 5, 698-700.
- KAMMERER T. - Leucotomie préfrontale dans un cas de psycho-névrose obsessionnelle. - XLVIIIe Congrès des méd. psych. et neurolog. de France et des pays de langue franç. Besançon-Neuchâtel, 24-30 juil. 1950, Masson, édit, Paris.
- KARL V.A. - Quatre années d'expérience après la lobotomie (the American Journal of psychiatry, vol. 112, n° 5, nov. 1955, p. 375).
- KINDWALL J et CLEVELAND D. - Lobotomie préfrontale - Am. J. Psych. 1945, 749.
- KISKER G.W. - Remarques sur le problème de la psychochirurgie Am. J. Psych. sept. 1943, 100, p. 180.
- KISKER G.W. - Problèmes psycho-neurologiques relatifs à la section transversale des aires d'association pré-frontales chez l'homme - J. Nerv. Ment. Dis., av. 1944, 99, p. 343.
- KLEIN R. - Résultats statistiques des leucotomies dans 22 cas de schizophrénie - XLVIIIe Congrès des Med. Psych. et neur. de France et de langue franç., Besançon-Neuchatel, 24-30 juillet 1950, Masson édit. Paris.
- KLEIN R. et TARDIEU G. - La leucotomie chez l'enfant et ses indications - Sem. des Hop. Paris 10 janv. 1950, p. 113.
- KNOBLOCH J. - La leucotomie préfrontale dans le traitement des douleurs irréductibles - Praktic. Lek. 1949, 29, n° 14, p. 288.
- KNUSEN C.L. - Résultats de la leucotomie préfrontale - Nord Med. 1948, 40, n° 41, p. 1821.
- KOHLER B. - Encéphalographie de la lobotomie frontale - Nord Med., 25 fév. 1949, 41, n° 8, p. 377.
- KOLB L.C. - Appréciation de la lobotomie et de ses possibilités de recherches futures en psychiatrie et les sciences de base - J. Nerv. Ment. Dis. 1949, 110, n°2, p. 112.
- KRAYENBUHL H. et STOLL W.A. - La leucotomie préfrontale et la topectomie pour le traitement des douleurs irréductibles - IVE Congrès Neur. int. Paris 5-10 sept. 1949, Paris edit. Masson, 1, p. 133.
- KRAYENBUHL H. et STOLL W.A. - Psychochirurgie dans le traitement des douleurs irréductibles - Acta neuroch. 1950, 1, p. 1.
- KRUEGER E.G. et WAYNE H.I. - Effets cliniques et électroencéphalographiques de la lobotomie préfrontale et de la topectomie dans les psychoses chroniques - Arch.Neur. Psych., 1952, 67, p. 661.
- LABUCARIE J. LAZORTHES G. et SCIOLETTI - La personnalité après topectomie préfrontale : A.M.P. : janv. 1950 108-Tome I - p. 81

- LABOUCARIE J. BARRES P. et MLEANDRE J. - Résultats thérapeutiques différés et résultats entretenus après lobotomie - A.M.P 1954, Tome I p. 574.
- LABOUCARIE J. BARRES P. - Délire de filiation et lobotomie - A.M.P.1954. Tome I, Page 577.
- LAINE et SOOTS - Indications et résultats de la topectomie et de la leucotomie dans la chirurgie de la douleur - Soc. Chir. de Lille, 1950, 5, n° 29, p. 230.
- LANDIS C. et HAMWI V. - Quelques critères pronostiques pour la guérison des psychoses consécutives à la psychochirurgie. Psych.Quart.Supp.1954, 28, p. 78.
- LANDIS C. - Les lobes frontaux et l'anxiété : nouvelle explication d'un problème ancien - J. Nerv. Ment. Dis. Mars 1952, 115, n° 3, p. 214.
- LE BEAU J. - Les aires cingulaires et précingulaires en psychochirurgie (agitation, états compulsifs obsessionnels, épilepsie) - Acta Psych. Neur. Scand. 1952, 27, p. 305.
- LE BEAU J. BOUVET M. et FELD M - Traitement des états d'agitation anxieuse par la topectomie - Sem. Hop. Paris, 1948, 24, p. 1942.
- LE BEAU J., FELD M. et BOUVET M. - Sur la résection bilatérale de certaines aires préfrontales (topectomie) dans les troubles mentaux et les douleurs irréductibles. - Rev. Neurol. 1948, 80, 481.
- LE BEAU J., BOUVET M. et ROSIER M. - Traitement des douleurs irréductibles par la topectomie. - Sem. des hôp. Paris, 1946.
- LE BEAU J. et GACHES J. - A propos de la chirurgie des douleurs irréductibles. Comparaison des résultats obtenus par la topectomie unilatérale et par la topectomie bilatérale. - Rev neurol. 1949, 81, 215-217.
- LE BEAU J. et BARROS M.G. (De). - Excision bilatérale de quelques aires frontales (topectomie). - 1re conférence intern. de psycho-chirurgie, Lisbonne 3-7 août 1948, Libéria luso-espan, édit., Lisbonne 1949, 73-76.
- LE BEAU J. et PECKER J. - Etude de certaines formes d'agitation psychomotrice au cours de l'épilepsie et de l'arriération mentale, traitées par la topectomie péricalléuse antérieure bilatérale. - Sem. Hôp. Paris 1950, n° 33, 1534.
- LE BEAU J. - Sur les fonctions du lobe préfrontal. Etude du syndrome postopératoire dans 132 topectomies et leucotomies partielles. - Rev. Neurol., 1951, 85, 3.
- LE BEAU J. - Psychochirurgie sélective (Maroc médical 34e année n° 360 mai 1955, p. 630).

- LE GUILLANT et MONNEROT E. - La place de la psycho-chirurgie dans la thérapeutique psychiatrique. - Raison n° 5, 11.
- LEHOCZKY P. - Leucotomie en Hongrie. - Orvos lapja, 1949, 5, n° 13, 420.
- LENSHOEK C. H. et GROEN J. - Un cas d'hypertension artérielle maligne traité par lobotomie préfrontale. - Soc. Neurochir. langue franç. 1er-2 décembre 1953. In Rev. neurol. 1953, 89, n° 6, 536.
- LENNON M. A et COOLIDGE J. - Modifications électroencéphalographique après lobotomie préfrontale. Etude particulière des effets de la lobotomie sur les faisceaux qui régissent le sommeil. - Arch. Neurol. Psych. août 1949, n° 2, 150.
- LEVIN S., GREENBLATT M., HEALY M.M. ET SOLOMON H. C. - Effets électroencéphalographiques de la lobotomie préfrontale bilatérale. Comparaison de cas présentant pas de crises consécutives à la lobotomie. - Ann. J. Psychiat. 1949, 106, 174.
- LEVIN S., GREENBLATT M. et SOLOMON H.C. - Effets électroencéphalographiques de la lobotomie bilatérale, unilatérale ou bimédiane. - 1er Congrès intern. de Psychiat. Paris, 19-27 sept. 1950, Hermann, edit. 1950, 3, 202.
- LEVINE J. et ALBERT H. - Comportement sexuel après leucotomie. - J. Nerv. Ment. Dis. av. 1951, 113, N° 4, 332 (Bibliog.).
- LEY J. - Résultat de lobectomie droite. - Soc. Méd. Ment. de Belgique, 21 mai 1949. C. R. in Bruxelles méd. 24 juil. 1949, 29, n° 30, 1629.
- LEY M.J. - La tentation psychochirurgicale (Société de méd. Ment belge : A.M.P. 1954. Tome I, page 102).
- LIDDELL D.W. et RETTERSTOL N. - L'occurrence d'accès épileptiques chez les malades lobotomisés traités par la chlorpromazine (Journal of Neurology, Neurosurgery and psychiatry vol. 20, mai 1957, p. 105).
- LIVINGSTON R.B., CHAPMAN W.P. et LIVINGSTON K.E. - Lobes frontaux. - Ass. Res. Nerv. Ment. Dis. Proc. 1948, 27, 421.
- LONGO P.W., PIMENTA A.M. et ARRUDA J. - Lobotomie préfrontale. Premiers résultats dans un hôpital privé. - Arqu. Neuro-Psiquiat, 1949, 7, n° 2, 126.
- LOVE J. G., PETERSEN M.C. et MOERSCH F.P. - Lobotomie préfrontale pour le traitement des douleurs irréductibles. Minnesota Med., fév. 1949, 32, n° 2, 148.

- MAC FIE, PERCY et ZANGWILL. - Le test de Rorschach dans la névrose obsessionnelle ; étude particulière des effets de la lobotomie préfrontale. - Brit. J. Méd. Psychol. 1953, 24, n° 3, 162.
- Mc LARDY T. - Projection du thalamus dans le cortex frontal chez l'homme. - J. Neurol. Neurosurg. Psych. 1950, 13, 198.
- Mc LARDY T. et MEYER A. - Constatations anatomiques d'amélioration relatives à la leucotomie. - J. Ment. Sc. janv. 1949, 95, n° 398, 182.
- Mc LARDY T. et DAVIES D.L. - Observations pathologiques et cliniques sur des rechutes après guérisons obtenues par leucotomie. - J. Neurol. Neurosurg. Psych. août 1949, 12, N° 3 231 (Bibliographie).
- MALMO R.B. et SHAGASS C. - Modifications dans le comportement et la physiologie provoquées par le stress à la suite d'opérations sur les lobes frontaux. - Arch. Neurol. Janv. 1950, 63, 113.
- MAN E. B., BETTCHEE P.G., CAMERON C.M. et BROWN W.T. Les acides aminés a, les lipides sériques et les protéines du plasma après la lobotomie préfrontale de 7 schizophrènes. - Yale J. Biol. Méd., déc. 1947, 20, 175.
- MARTI-GRANELL A. et USUA MARINE J. - Résultats tardifs de la lobotomie frontale. - Actas luso españ. Neurol. Psiquiat., janv. 1952, II, 56.
- MAYER E.E. - La lobotomie préfrontale et les tribunaux. - J. Crim. Criminol., 1948, 38, 576.
- MAYER-GROSS W. - Aspects cliniques et psychopathologiques de la leucotomie préfrontale. - Folia psychiat. 1948, 51, 31.
- MAYER-GROSS W. - A propos de la théorie de l'effet de la leucotomie sur les symptômes psychotiques. - Encéphale, 1949, 7 317.
- MEDEIROS M. et GARCIA A. - Etat mental des leucotomisés (Jornal brasileiro de psiquiatria, vol. 3, 1954, p. 227).
- MEDINA R., PEARSON J. et BUCHSTEIN H. - Appréciation à long terme de la lobotomie préfrontale dans le traitement des psychoses chroniques. - J. Nerv. Ment. Dis. 1954, 119, 23;
- MESSIMY R., BERDET H., FELD M., HEUYER G. et PETIT-DUTAILLIS D. - Etude anatomo-pathologique de fragments cérébraux prélevés par topectomie préfrontale chez 10 schizophrènes. - Rev. Neurol. 1951, 84, 230.

- MEYER A. - Leçons anatomiques au sujet de la leucotomie préfrontale. - Rapport fondé sur l'examen de 122 cerveaux. - 1er Congrès internat. de Psychiatrie, Paris, 19-27 déc. 1950. Hermann édit. Paris 1950, 3, 107.
- MEYER A., BECK E. et Mc MARDY T. - Leucotomie préfrontale : exposé neuro-anatomique. - Brain, mars 1947, 70, 18.
- MEYER A. et Mc LARDY T. - La leucotomie comme instrument de recherche. - Proc. Roy. soc. Méd. 1947, 40, n° 4, 141.
- MEYER A. et Mc LARDY T. - Incisions postérieures dans la leucotomie préfrontale : étude clinico-pathologique; - J. Ment. Sc. 1948, 94, 555.
- MEYER M. - Etude des connexions efférentes du lobe frontal dans le cerveau humain après leucotomie. - Brain, sept. 1949, 72, 265.
- MICHEL H. - Expériences sur l'efficacité de la leucotomie préfrontale dans les schizophrénies chroniques. - Schweiz. Arch. Neurol. Psych., 1948, 61, n° 1-2, 255.
- MILLETTI M. - Orientations nouvelles dans la chirurgie des syndromes douloureux irréductibles. Topectomie frontale uni et bilatérale. - Bull. sc. méd., Bologne, 1949, 121, n° 3 287.
- MILLETTI M. - Résultats éloignés (4ans et demi, 2 ans) de 30 topectomies frontales. - Rev. neurol. 1953, 88, n° 6, 548.
- MONIZ E. - les premières tentatives opératoires dans le traitement de certaines psychoses. - Encéphale, 1936, 31, n° 2, 1-29.
- MONIZ E. - Leucotomie préfrontale. - Arch. F. Psychiat. 1949, 161, n° 5-6, 591.
- MONIZ E. et FURTADO D. - Essais de traitement de la schizophrénie par la leucotomie préfrontale. - Ann. méd. psychol., 1937, 2 e part. 298.
- MOORE B.E., SIMON B., FRIEDMAN S. et RANGER C.O. - Psycho-chirurgie. Succès et échecs consécutifs à la lobotomie frontale (294) cas. - New York State j. Med. 1949, 49, n° 19 2263.
- MOORE M.T. et WINKELMAN W. - Quelques essais de leucotomie transorbitaire (revue des résultats dans 110 Cas). - Rapport à la CVIe Réunion annuelles de l'"Américan Psychiatrie Association", Détroit, 1-5 mai 1950.
- MOORE M. T., HILL R. L. et LUTZ W.M. - La leucotomie transorbitaire au programme d'un hôpital d'état - Travail lu à la XCIX Réunion annuelle de "l'Américan Médical Association" San Francisco 26-30 juin 1950.

XVIII

- MOREL F. - que valent les indications psychiatriques de la leucotomie préfrontale ? - Progrès méd. 1950, 24, 580.
- MORELLEJ., ROUVROY C., DEREYMAEKER A., VERSTRAETEN L. et GUILLMOT P. - Exposé de résultats cliniques de leucotomies préfrontales. - Soc. Méd. mént. de Belgique, 24 sept. 1949. C.R. in Bruxelles méd., 23 oct. 1949, 29 n° 43, 3202.
- MORISON R.S. et DEMPSEY E.W. - Etude des rapports thalamo-corticaux. - Am. J. Physiol. 1941-1942, 135, 281.
- MOSSA G. et TENEFF S. - La lobotomie préfrontale en psychiatrie. - Minerva méd. 1949, 1, n° 30, 939.
- MULER M. - Clinique de la leucotomie. - SOC. suisse de psychiatrie 19-20 nov. 1949, in Schweiz. Arch. Neurol. Psych. 1951, 67, 338.
- MURPHY J.P. et GELLHORN E. - Nouvelles recherches sur les rapports diencephalo-corticaux et sur leur importance dans le problème des émotions. - J. Neurophysiol., 1945, 8, 431.
- MYERSON A. et MYERSON P.G. - La lobotomie préfrontale dans les états chroniques de dépression des vieillards. - New - England J. Méd., 2 oct. 1947, 237, 511.
- NAYRAC P. A propos de la topectomie unilatérale (avec LAINE et FONTAN). - Rev. Neurol. 1949, 81, 277.
- NACHIN C. - naissance et mort d'un essai "thérapeutique" en psychiatrie : à propos de quelques lobotomisées ayant sédimementé dans un service de malades mentales de longue évolution (A.M.P. 1960, tome II, page 532).
- NAYRAC P., LAINE E., FONTAN M., WAROT P. et LAUSELIN M. - Notre expérience de la psychochirurgie. - Rev. neurol. 1953, 88, n° 4, 293.
- N' GOYEN TUAN (Thèse Paris 1960) - résultats d'une enquête sur 54 cas de lobotomie préfrontale.
- ODY F. - Le traitement de la démence précoce par résection du lobe préfrontal. - Arch. ital. Chir. 1938, 53, 321.
- ODEGARD O. - Leucotomie préfrontale en Norvège au point de vue psychiatrique. - 1re Conférence internat. de psycho-chirurgie, Lisbonne, 3-7 août 1948. C.R. in Actas luso-españ. Neurol. Psiquiat., nov. 1948, 7, n° 4, 331.
- OLDHAM A. - Effets des lésions des lobes temporaux sur le comportement dans les états paranoïdes. - J. Ment. Sc. 1953, 99, 580.

- OLTMAN J.E., BRODY B.S., FRIEDMAN S. et GREEN W.F. - Lobotomie frontale. - Am. J. Psychiat., 1949, 105, 742.
- ORTHMAYR A. - Sur les résultats de la lobotomie préfrontale. - Encéphale, 1950, 39, n° 5, 472.
- PAILLAS J. E. - Psycho-chirurgie et leucotomie préfrontale - Encéphales, 1948, 37, n° 9, 281.
- PAILLAS J.E. et DUPLAY. - Possibilités actuelles de la psycho-chirurgie. - Sud méd. chir. 31 mai 1949.
- PAILLAS J.E., DUPLAY J. et BONNAL J. - Leucotomie et topectomie dans le traitement des douleurs organiques rebelles (à propos de 9 observations). - Soc. Chir. Marseille, 12 déc 1949. C.R. in Presse méd., 13 mai 1950, 58, n° 30, 542.
- PAILLAS J.E., ALLIEZ J. BOUDOURESQUES J. et PICARD P. - Réflexions à l'occasion d'une série d'interventions neuro-chirurgicales dans la schizophrénie. - XLVIIIe Congrès des méd. psych. et neurol. de France et des pays de langue française Besançon-Neuchâtel, 24-30 juil. 1950, Masson édit Paris.
- PAPEZ J.W. - Proposition d'une théorie pour le mécanisme de l'émotion. - Arch. Neurol. Psych. oct. 1937, 38, 725.
- PAUL N., FITZGERALD E. et GREENBLATT M. : comparaison après une longue période des résultats obtenus par trois procédés différents de lobotomie (The American Journal of Psychiatry) vol. 113, n° 9, Mars 1957, p. 803.
- PARTRIDGE M. - Quelques réflexions sur la nature des troubles affectifs d'après les résultats de la leucotomie préfrontale. - J. Ment. Sc. 1949, 95, n° 401, 795.
- PAVLOV I. - Les réflexes conditionnés. - Grande Encyclopédie russe, 1934, traduction de Vereb et Engelegueres, in "Raison cahiers psychopathol. scient. 1951, 1, 13.
- PENFIELD W. - Gyrectomie frontale bilatérale intelligence postopératoire. - Ass. Res. Nerv. Ment. Dis. proc. 1947, 1948 27, 519.
- PETERS H. N. - Traits de personnalité dépendant de l'adaptation améliorée des psychotiques après lobotomie. - J. Abnorm. Soc. Psychol. oct. 1947, 42, 383.
- PETIT P. (Mlle) et Coll. - évolution paraphrénique d'un cas de démence précoce apparemment guéri après leucotomie (A.M.P. 1960, tome II, p. 781).

- PETIT-DUTAILLIS D., NESSIMY et BERGES L. - La psycho-chirurgie des algies irréductibles. Etude de 57 cas. - Rev. Neurol. 1953, 2, 65.
- PETHIE A. - Modifications de la personnalité après leucotomie préfrontale. - Brit. J. Méd. Psychol. 1949, 22, 200.
- PETRIE A. - Comparaison des effets psychologiques de différents types d'opération sur les lobes frontaux. - J. Ment. Sc. 1952, 98, 226.
- PETIT-DUTAILLIS D., NESSIMY R. et GUYOT G. - Effets d'une leucotomie préfrontale sur le comportement d'une obsédée. - Rev. neurol. 1950, 82, 57.
- PFUHL W. - Prise de position au point de vue anatomique sur le problème de la leucotomie préfrontale. - Nervenarzt 20 janv 1954, 25, n° 1, 20.
- POOL J.L. - Topectomie : traitement des maladies mentales par la gyrectomie frontale ou l'ablation subtotale bilatérale du cortex frontal. - Lancel, 29 oct. 1949, 257, n° 6583, 776 (Biblio).
- POOL J.L. - Topectomie : 1946-1951. Rapport sur 100 topectomies consécutives sans projet établi ("Nathan Lewis Hatfield lecture"). - Trans. Stud. Coll. Physicians Philadelphie, août 1951, 19, 49.
- POOL J.L. HEATH R.G. et WEBER J.J. - Topectomie, indications chirurgicales et résultats. - Bull. New York Acad. Méd. 1949, 25, n° 6, 335.
- POOL J.L., HEATH R.G. et WEBER J.J. - Topectomie : technique chirurgicale, indications psychiatriques et traitement postopératoire. - J. Nerv. Ment. Dis. déc. 1949, 110, n° 6, 464.
- POPPEN J.L. - Lobotomie préfrontale pour le traitement des douleurs irréductibles. Relation d'un Cas. - Lahey Clin. Bull. 1946, 4, 205.
- POPPEN J.L. - Lobotomie préfrontale : technique et impression d'ensemble fondées sur les résultats obtenus chez 470 malades soumis à cette méthode chirurgicale. - Dig. Neurol. Psychiat. juil. 1948, 16, 403.
- PORTEUS S.D. et KEPLER R.D. - Modifications mentales après lobotomie préfrontale bilatérale. - Genet. Psychol. Monogr. fev. 1944, 29, 4-115.
- POIZL O. - Leucotomie et système neuro-végétatif. Acta neurovég. 1950, 1, n° 3-4, 317.

- POUL J.L. et RANSONHOFF J. - Effets sur le système nerveux autonome de l'excitation de la portion rostrale du "gyrus cinguli", chez l'homme. - J. Neurophysiol. 1949, 12, 365.
- PRIBRAM K. H., LENOX S.A. et DUNNOR R.H. - Quelques connexions des aires orbito-frontotemporales, limbiques et de l'hippocampe de "Macaca mulatta". - J. Neurophysiol. mars 1950, 13, 127.
- PUECH P. - Psycho-chirurgie : indications et résultats. - Presse Méd. 2 fév. 1949, n° 8, 115.
- PUECH P., MORICE J. et BRUN M. - La psychochirurgie. - Ann. méd. PSYCHOL. 1946, 2e part. 164.
- PUUSSEPP L. - Quelques considérations sur les interventions chirurgicales dans le traitement des maladies mentales. - Giorn. Acad. Méd. Torino (2è part.), janv. Mars 1937, 100, 3.
- REED J.A. - Etude des acides gastriques dans la lobotomie préfrontale. - Gastroentérology, janv. 1948, 10, 118.
- REITMAN. - Modifications du système nerveux autonome après leucotomie. - Lancet, 1946, 2, n° 6434, 907.
- REITMAN F. - Syndrome du cortex orbital consécutif à la leucotomie. - Am. J. Psychiat. 1946, 103, 238.
- REITMAN F. - Le "creative spell" des schizoparènes après la leucotomie - J. Ment. Sc. , janv. 1947, 93, p. 55.
- REITMAN F. - Observations sur les modifications de la personnalité après la leucotomie - J. Nerv. Ment. Dis. 1947, 105, p. 582.
- REITMAN F. - Appréciation des résultats de la leucotomie - Am. J. Psych. , 1948, 105, p. 86.
- REQUET A. WERTHEIMER P. ANGEL J.M - Résultats d'une lobotomie après 7 ans - A.M.P. 1954 Tome II, p. 81 .
- RICARD A. et GIRARD P.F. - De la leucotomie préfrontale unilatérale gauche au problème des dominances cérébrales. Les dysphrénies - Lyon Chir. sept. oct. 1948, 43, n°5, p. 526.
- RIECHERT - Etat actuel de la psychochirurgie - Nervenarzt, janvier 1949, p. 14 .
- RINKEL M. GREENBLATT M. COON G.P. et SOLOMON H.C. - La lobotomie préfrontale et le système nerveux autonome chez l'homme - Trans. Am. Neur. Ass. 1947, p. 39 .
- RINKEL M. GREENBLATT M. COON G.P. et SOLOMON H.C. - Effets de la lobotomie frontale bilatérale sur le système nerveux autonome - Am. J. Psych. Août 1947, 104, p. 81.

- RINKEL M. GREENBLATT M. COON G.P. et SOLOMON H.C. -
Rapports du lobe frontal avec le système nerveux autonome
chez l'homme - Arch. Neur. Psych. , nov. 1947, 58,n° 5,
p. 570.
- RISER M. LAZORTHES G. LABOUCARIE J. - bilan de notre expérience
thérapeutique de la lobotomie préfrontale - A.M.P 1960,
Tome II, p. 787.
- RIZZATI E. et BORGARELLO G. - La leucotomie préfrontale
d'Egas Moniz dans le traitement de 100 cas de psychopathie
grave, dans lesquels la moitié peut être comprise dans
le cadre de la dissociation psychique la plus complète -
Schizofrenie, Août 1938, 7,p. 241.
- RIZATTI E. et BORGARELLO G. - Deux cents malades mentaux
opérés par la leucotomie préfrontale de Moniz - Névrasse
1940, 1, 11 .
- RONDEPIERRE J. - Résultats de 31 interventions psycho-chirurgi-
cales - Evol. psychiat. 1949, 565.
- RONDEPIERRE J., PUECH P. et OULES J. - Leucotomie préfrontale
après 9 ans d'évolution schizophrénique. Résultat satisfai-
sant depuis 1 an . -Rev. neurol. 1959, 81, 226.
- RONDEPIERRE J., PLANDIN J., HIVERT P. et BESTIER P. - Réflexions
à propos de 50 interventions de psycho-chirurgie. - Ann.
méd. psychol., av. 1951, 109, n° 4, 477.
- RYLANDER G. - Modifications de la personnalité après interven-
tions sur les lobes frontaux. - Acta psych. neurol. 1939,
suppl. 20, 327.
- RYLANDER G. - Modifications de l'état mental après excision de
tissu cérébral : étude clinique de 16 cas de résection con-
cernant les lobes pariétaux, temporaux et occipitaux. - Acta
psychol. neurol. 1943, suppl. 25, 1.
- RYLANDER G. - Tests psychologiques et analyses de personnalité
avant et après lobotomie frontale. - Acta psych. neurol.
1947, suppl. 47, 383.
- RYLANDER G. - Analyse de la personnalité avant et après la lo-
botomie. - Ass. Res. Nerv. Ment. Dis. Proc. (1947), 1948,
27, 691.
- SACCO F. - Etude clinico-psychologique d'un groupe de leucoto-
misés suivis pendant une période de 5 à 6 ans. (Il lavaro
Neuropsichiatrico, 11e année, vol. 21, fasc. 2, oct. 1957,
p. 235.
- SARGANT W. - La leucotomie dans le traitement des troubles psy-
cho-somatiques. - Lancet, 21 juil. 1951, 87.

- SALVATO ES H. - En cas de kleptomanie traité par la leucotomie de Fiamberti (Rassegna di Studi Psichiatrici, vol. 46, fasc. 4 juillet-Août 1957, p. 513.
- SARGANT W. - Dix ans d'expérience clinique de méthodes modifiées de leucotomie. - Brit. Méd. j. 1953, 2, 800.
- SARGANT W. et STEWART G.M. - Névrose chronique du combattant traitée par la leucotomie. - Rev. Méd. J., 29 nov. 1947, n° 4234, 866.
- SCARFF J.E. - Lobotomie unilatérale entraînant le soulagement de la douleur homolatérale, controlatérale et bilatérale. - Rev. neurol. 1948, 80, 779.
- SCARFF J.E. - Lobotomie préfrontale unilatérale pour le traitement des douleurs irréductibles et la guérison de la narcomanie. - Surg. Gyn. Obst. 1949, 89, 385.
- SCHWARZ M.J. - Lobotomie : appréciation des résultats chez 45 malades 6 ans après. (The American Journal of psychiatry, vol. 113, n° 3, sept. 1956, p. 224).
- SCHINDLER R. - Lobotomie préfrontale. - Wien Zschr. Nerven. 1949, 2, n° 3, 320.
- SCHRADER P.J. et ROBINSON M.F. - Appréciation des résultats de la lobotomie préfrontale par le comportement en salle d'hôpital. - J. Abnorm. Soc. Psychol. janv. 1945, 40. 61.
- SCOVILLE W.B. - La section sous-corticale sélective comme moyen de modifier et d'étudier les fonctions des lobes frontaux chez l'homme ; relation préliminaire de 43 cas chirurgicaux. - J. Neurol. janv. 1949, 6, n° 1, 65.
- SELOTAN J. - Nouvelle contribution à l'étude du problème de la lobotomie préfrontale. - Neurol. Psychiat. ceasasl. 1949, 12, n° 3, 142.
- SHENKIN H.A., WOODFORD R.B., FREYMAN F.A. et KETY S.S. - Effets de la lobotomie préfrontale sur la circulation sanguine cérébrale et le métabolisme. - Ass. Res. Nerv. Ment. Dis. Proc. 1947, 1948, 27, 823.
- SNORVON H.J. - Leucotomie préfrontale et syndrome de dépersonnalisation. - Lancet, 1947, 2, 714.
- SINGER L. - Le sort du délire après la topectomie et la lobotomie. - Cahiers psychiat. 1950, 5, 69.

XXIV

- SINGER L. et DANY A. - Psycho-chirurgie de la douleur. A propos de 4 cas. - Communication à la Société de Neurochirurgie de Strasbourg, 4 mars 1951.
- SLOBODAN W. - Expériences et résultats concernant la leucotomie : étude clinique de 339 malades traités par leucotomie. - J. Ment. Sc. 1953, 99, 786.
- SMOLIK E.A., HOFSTATTER L. et BUSCH A.K. - Nouvelles observations sur la lobotomie préfrontale orbitaire dans le traitement des maladies mentales chroniques. - Postgrad. Méd. mars 1948, 3, 179.
- SOLOMON H. - Leucotomie préfrontale ; sa valeur, J. A. M. A. 1949, 140, n° 13, 1079.
- SPIEGEL E.A., WYCIS H.T. et FREED H. - Thalamotomie, aspects neuro-psychiatriques. - New York State J. Méd. 1949, 49, n° 19, 273.
- SPIEGEL E.A. et WYCIS H.T. - Résultats physiologiques et psychologiques de la thalamotomie. - Proc. Roy. Soc. Méd. 1949, 42, (suppl.), 84.
- STENGEL E. - L'attitude du malade vis-à-vis de la leucotomie. Ses effets. - J. Ment. Sc. juill. 1952, 98, 382.
- STEVENS H. et MOSOVICH A. - Examens cliniques et électroencéphalographiques de sujets ayant subi une lobotomie préfrontale. - Am. J. Psychiat. août 1947, 104, 73.
- STEVENSON et Mc CAUSLAND A. - Leucotomie préfrontale comme essai de prévention des maladies maniaco-dépressives récidivantes. - Am. J. Psychiat. 1953, 109, 662.
- STROM-OLSEN R. et TOW P.M. - Résultats sociaux à quelques années de distance de la leucotomie préfrontale. - Lancel, 15 janv. 1949, 256, n° 6542, 87 (Bibliog.).
- STRUCKETT P.B.A. - Effets de la lobotomie préfrontale sur le fonctionnement des facultés intellectuelles dans la schizophrénie chronique. - Arch. Neurol. Psych., mars 1953, 69, n° 3, 293.
- SWETT W.H., COTZIAS G.C., SEED J. et YAKOVLEV P.E. - Hémorragie gastro-intestinales, hyperglycémie, azotémie, hyperchlorémie et hypernatrémie consécutives à des lésions du lobe frontal chez l'homme. - Ass. Res. Nerv. Ment. Dis. Proc. (1947), 1948, 27, 792.
- TALAIRACH J. - Reflexions anatomo-physiologiques concernant la psycho-chirurgie. - Rev. Neurol. 1952, 87, n° 6, 554.

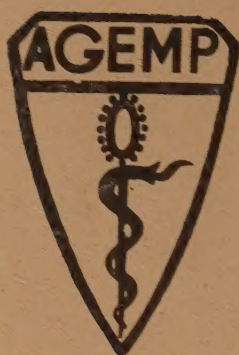
- TALAIRACH J., AJURIAGUERRA J. (De) et DAVID M. - Etudes stéréotaxiques des structures encéphaliques profondes chez l'homme. Technique, intérêt physiopathologique et thérapeutique. - Presse méd. 23 av. 1952, 60, n° 28, 605.
- TESSON R.P. - Leucotomie et morale . - Cahiers Laënnec, 1951, n° 1, 50.
- TIBBETTS R.W. - Leucotomie et hypertension ; compte rendu d'un cas. - Brit. Med. J. 24 déc. 1949, 1452.
- TORKILDSSEN A. - Notes sur l'importance du rôle des lobes occipitaux en cas de schizophrénie. Expérience dans un cas de leucotomie occipitale bilatérale. - Acta psych. neurol. 1949, 24, n° 3-4, 701.
- TORRA O. et BEA J. - Commentaires sur notre statistique de 155 malades lobotomisés (An. de Méd. Barcelone, Vol. 41, n° 3 sept. 1955, p. 227).
- TOW M. et WHITTY C.W.M. - Modifications de la personnalité après des interventions sur le gyrus cingulaire chez l'homme. - J. Neurosurg. Psych. août 1953, 16, n° 3, 186. (Bibliog.).
- TUCKER W.L. et DYNES J.B. - Indications pour la lobotomie. - Lahey clin. Bull, 1949, 6, n° 3, 90.
- TURNER E.A. - L'avenir de la psycho-chirurgie. - Birmingham Med. Rev., 1953, 18, n° 11, 85.
- VACA N.D. - Traitement chirurgical des maladies mentales (Archivos de criminologie, Neuro-psichiatria y disciplinas Conexas, anito, vol. 18, Avril-Juin 1957, page 194.
- VAN WATERL R.O. et SACKS J.G. - Appréciation par le test de Rorschach de l'évolution schizophrénique à la suite de la lobotomie préfrontale. - J. Psychol. Janv. 1948, 25, n° 1, 73.
- VARGHA et PETRI G. - Expérience de leucotomie sur 50 malades mentaux. - Acta neurochir. 1953, 3, n° 3, 252. (Bibliog.).
- VIDOR E. - Modifications de la personnalité à la suite d'une leucotomie préfrontale, telles qu'elles sont reflétées par l'inventaire de personnalité multiphasé du Minnesota et les résultats des tests psychométriques. - J. Ment. Sc, 1951, 97, 155.
- VINCENT C. - Les fonctions du lobe frontal vues par un neuro-chirurgien. - Rev. neurol. 1953, 64, 544.

- VIRGINIE R. et BENINCAS-STAGNI E. - Catamnèse de 50 schizophrènes lobotomisés (Il lavoro Neuropsichiatrico, 12e année, vol. 22, fasc. 3, juin 1958, p. 387).
- WALSH J. - Leucotomie transorbitaire. Quelques résultats et observations. - Lancel, 10 sept. 1949, 257, n° 6575, 465.
- WALKER E. - Le thalamus du chimpanzé. Projections thalamiques dans le cortex cérébral. - J. Anat. oct. 1938, 73, 1er part. 37.
- WARD A.A. jr. - Le gyrus cingulaire antérieur et la personnalité - Ass. Rec. Nerv. Ment. Dis. Proc. (1947), 1948, 27, 438.
- WEWER J.J., HEATH R. G. et POOL J.L. - Résultats de la topectomie pour le traitement d'états psychiatriques. - New York State J. Med. 1er oct. 1949, 49, n° 19, 2278.
- WEICKHARDT G.D. et DUVAL A.M. - Niveaux d'adaptation chez les schizophrènes hospitalisés à la suite de la lobotomie préfrontale. - Dis. Nerv. System., 1949, 10, n°10, 306.
- WERTHEIMER P. - La lobotomie préfrontale. Essai de psycho-chirurgie. - Ann. Méd.-Psychol., mai 1948, 106, 1re part, n° 5, 529.
- WERTHEIMER P. - La lobotomie préfrontale. Essai de psycho-chirurgie. - Presse méd. 10 juil. 1948, n° 41, 496.
- WERTHEIMER P. et ANGEL J. - Réflexions sur la lobotomie. - Sem. Hôp. Paris, 18 nov. 1949, 25, 3537.
- WILLIAN J. - Le noyau amygdalien : étude clinique de son ablation et théorie relative à sa fonction. - Confinia neurol., 1953 n° 4, 202.
- WOHLFAHRT H. - Aperçus psychiatriques sur le problème de la leucotomie. - Acta psych. neurol. 1947, suppl. 47, 348.
- WOLF A. et COWEN D. - Pathologie se rapportant à l'ablation partielle sélective du cortex frontal par les "Columbia-Graystone Association", in "Problems of the human brain", par F. A. METTLER, Paul P. Hoerber, édit. New York 1949.
- WORTHING H. J., BRILL H et WIGDERSON H. - Trois cent cinquante cas de lobotomie préfrontale. - Psychiat. Quart, oct., 1949, 23, n° 4, 617.
- WYCIS H.T. et SPIEGEL E.A. - Thalamotomie et mésentencéphalotomie : aspects neurochirurgicaux (y compris le traitement des douleurs). - New York State J. Méd., 1er oct. 1949, 49, n° 19, 2275.

YAHN M. - La leucotomie en cas de syndrome épileptique. - Neuro-Biologia, Sept. 1946, 9, 170-191.

ZIEGLER L.H. et OSGOOD C.W. - Lobotomie préfrontale présentant, comme complication, un oedème et un trouble trophique des extrémités inférieures. - Arch. Neurol. Psych. 1945, 53, 262.

oOo



AGEMP
POLYCOPIE

8, rue Dante
PARIS-Ve

Telephone : ODÉon 58-90